

# 2024

## RESUMEN DE BENEFICIOS

**SCAN Balance (HMO C-SNP)  
SCAN Heart First (HMO C-SNP)  
Condado de Harris**

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

SCAN Balance (HMO C-SNP) y SCAN Heart First (HMO C-SNP) son planes HMO con contratos de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura” llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se indica en este documento o ingresando en [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).

Y0057\_SCAN\_20582\_2024\_M

8/23 24C-TXSMB0101SP



## RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 1 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

| PRIMA Y BENEFICIOS  | SCAN BALANCE   | SCAN HEART FIRST  | LO QUE DEBE SABER  |
|---|--|---|--|
| <b>Prima mensual del plan de salud</b>  | Paga \$0 al mes  | Paga \$0 al mes   | Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.  |
| <b>Deducible</b>  | Paga \$0   | Paga \$0  | Este plan no tiene un deducible.   |
| <b>Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (esto no incluye medicamentos con receta)</b>   | \$2,000 anualmente   | \$2,000 anualmente  | Monto máximo que pagará de copagos y coseguros por los <b>servicios médicos cubiertos por Medicare</b> para todo el año.   |
| <b>Cobertura de servicio para pacientes internados</b>  | Paga un copago de \$200 por día del día 1 al 3<br>Paga \$0 del día 4 al 90 y en adelante   | Paga un copago de \$200 por día del día 1 al 3<br>Paga \$0 del día 4 al 90 y en adelante  | Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización para pacientes internados. Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> .             |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul> | Paga un copago de \$15 a \$100 por consulta<br>Paga un copago de \$15 a \$150 por consulta   | Paga un copago de \$15 a \$100 por consulta<br>Paga un copago de \$15 a \$150 por consulta  | Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.   |
| <b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria</li> <li>• Especialistas</li> </ul>   | Paga \$0<br>Paga \$0 por una consulta con un/a endocrinólogo/a<br>Paga un copago de \$15 por consulta para todos los demás especialistas | Paga \$0<br>Paga \$0 por una consulta con un/a cardiólogo/a<br>Paga un copago de \$15 por consulta para todos los demás especialistas | Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para las consultas con un especialista.   |
| <b>Atención preventiva</b>  | Paga \$0   | Paga \$0  | Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> . |

| PRIMA Y BENEFICIOS  | SCAN BALANCE  | SCAN HEART FIRST  | LO QUE DEBE SABER   |
|---|---|---|---|
| <b>Atención de emergencia</b>   | Paga un copago de \$90 por consulta   | Paga un copago de \$90 por consulta   | No se aplicará el copago para la sala de emergencias si es inmediatamente hospitalizado.<br>Tiene cobertura para servicios de emergencia en todo el mundo.  |
| <b>Servicios de urgencia</b>  | Paga un copago de \$20 por consulta   | Paga un copago de \$20 por consulta   | Tiene cobertura para servicios de atención médica de urgencia en todo el mundo.   |
| <b>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Radiología terapéutica</li> <li>• Radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT])</li> </ul> | <p>Paga \$0</p> <p>Paga un copago de \$30 por consulta</p> <p>Paga \$0</p> <p>Paga un copago de \$60 por consulta</p> <p>Paga un copago de \$0 a \$150 por consulta</p>   | <p>Paga \$0</p> <p>Paga un copago de \$30 por consulta</p> <p>Paga \$0</p> <p>Paga un copago de \$60 por consulta</p> <p>Paga un copago de \$0 a \$150 por consulta</p>   | Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes.   |
| <b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen diagnóstico de audición y equilibrio cubierto por Medicare</li> <li>• Examen de audición (de rutina) no cubierto por Medicare</li> <li>• Audífonos (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul>  | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses</p> <p>Paga un copago de \$450 por audífono para un audífono TruHearing Advanced o un copago de \$750 por audífono para un audífono TruHearing Premium</p> <p>Tiene cobertura de hasta 2 audífonos cada 12 meses.</p> | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses</p> <p>Paga un copago de \$450 por audífono para un audífono TruHearing Advanced o un copago de \$750 por audífono para un audífono TruHearing Premium</p> <p>Tiene cobertura de hasta 2 audífonos cada 12 meses.</p> | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertos por Medicare.</p> <p>Debe acudir a un/a proveedor/a contratado/a por SCAN para hacerse un examen de audición de rutina y obtener audífonos.</p> |

| PRIMA Y BENEFICIOS  | SCAN BALANCE  | SCAN HEART FIRST  | LO QUE DEBE SABER   |
|---|---|---|---|
| <b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen bucal (de rutina) no cubierto por Medicare</li> <li>• Limpieza dental (de rutina) no cubierta por Medicare</li> <li>• Radiografías dentales (de rutina) no cubiertas por Medicare</li> </ul>   | <p>Paga \$0</p> <p>Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses</p> <p>Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses</p> <p>Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses</p>   | <p>Paga \$0</p> <p>Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses</p> <p>Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses</p> <p>Paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses</p>   | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los beneficios de atención dental de rutina están disponibles con una prima adicional.</p> <p>Consulte la tabla de “Beneficios complementarios opcionales” al final de este documento.</p>   |
| <b>Servicios de visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de visión cubierto por Medicare para diagnosticar o tratar enfermedades en los ojos</li> <li>• Lentes cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</li> <li>• Examen de visión (de rutina) no cubierto por Medicare</li> <li>• Límite de cobertura para servicios de visión (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul> | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0</p> <p>Paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$250 para opciones de cristales, lentes, monturas o lentes de contacto cada 24 meses</p> | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0</p> <p>Paga \$0 por hasta 1 consulta cada 12 meses</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$250 para opciones de cristales, lentes, monturas o lentes de contacto cada 24 meses</p> | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para el examen de visión y los lentes cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Los servicios de atención de visión de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe consultar a un/a proveedor/a de visión contratado/a por SCAN para obtener servicios de visión de rutina.</p> |

| PRIMA Y BENEFICIOS  | SCAN BALANCE   | SCAN HEART FIRST   | LO QUE DEBE SABER  |
|---|--|--|--|
| <b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta para pacientes internados</li> <li>• Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios</li> <li>• Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra</li> </ul> | Paga un copago de \$200 por día del día 1 al 5<br>Paga \$0 del día 6 al 90<br><br>Paga un copago de \$15 por consulta<br><br>Paga un copago de \$15 por consulta | Paga un copago de \$200 por día del día 1 al 5<br>Paga \$0 del día 6 al 90<br><br>Paga un copago de \$15 por consulta<br><br>Paga un copago de \$15 por consulta | Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para la hospitalización de salud mental para pacientes internados. Tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios.*<br><br>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. |
| <b>Centro de enfermería especializada</b>   | Paga \$0 del día 1 al 20<br>Paga un copago de \$140 por día del día 21 al 100  | Paga \$0 del día 1 al 20<br>Paga un copago de \$140 por día del día 21 al 100  | Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios en un centro de enfermería especializada. Tiene cobertura de hasta 100 días por período de beneficios.*<br><br>No se requiere hospitalización previa.  |
| <b>Fisioterapia</b>   | Paga un copago de \$15 por consulta  | Paga un copago de \$15 por consulta  | Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios.   |
| <b>Ambulancia</b>   | Paga un copago de \$225 por viaje de ida o de vuelta   | Paga un copago de \$225 por viaje de ida o de vuelta   |  |

\*Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en un SNF o servicio para pacientes internados durante 60 días consecutivos.

| PRIMA Y BENEFICIOS   | SCAN BALANCE  | SCAN HEART FIRST  | LO QUE DEBE SABER   |
|--|---|---|---|
| <p><b>Transporte (de rutina, no cubierto por Medicare)</b></p> | <p>Paga \$0 por hasta 54 viajes de ida o de vuelta al año</p> <p>Puede usar hasta 28 de los 54 viajes de ida o de vuelta al año para ir a lugares que no sean centros médicos (como el supermercado, el gimnasio o centros para personas mayores). Se aplican criterios específicos.</p> <p>Se aplica un límite de 75 millas para cada viaje de ida o de vuelta</p> | <p>Paga \$0 por hasta 54 viajes de ida o de vuelta al año</p> <p>Puede usar hasta 28 de los 54 viajes de ida o de vuelta al año para ir a lugares que no sean centros médicos (como el supermercado, el gimnasio o centros para personas mayores). Se aplican criterios específicos.</p> <p>Se aplica un límite de 75 millas para cada viaje de ida o de vuelta</p> | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los servicios de transporte de rutina.</p> <p>Debe acudir a un/a proveedor/a contratado/a por SCAN para recibir servicios de transporte de rutina.</p> |
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p>           | <p>Paga entre \$0 y el 20% del monto aprobado por Medicare por los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B</p> <p>No paga más de \$35 por un suministro de un mes de una insulina de la Parte B suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria</p>       | <p>Paga entre \$0 y el 20% del monto aprobado por Medicare por los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B</p> <p>No paga más de \$35 por un suministro de un mes de una insulina de la Parte B suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria</p>       | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para los medicamentos seleccionados.</p>  |

## MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (PARTE D):

### SCAN BALANCE — Paga lo siguiente:

| Nivel del medicamento | Minorista             |                        |                       |                        | De pedido por correo   |                        |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                       | Preferida             |                        | Estándar              |                        | Preferida              | Estándar               |
|                       | Suministro de 30 días | Suministro de 100 días | Suministro de 30 días | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días |

Deducible de la Parte D: Paga \$0

#### Etapa de cobertura inicial

|   |                    |               |            |               |               |               |
|---|--------------------|---------------|------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Nivel 1</b><br>(genérico preferido)  | Paga \$0           | Paga \$0      | Paga \$0   | Paga \$0      | Paga \$0      | Paga \$0      |
| <b>Nivel 2</b><br>(genérico)            | Paga \$0           | Paga \$0      | Paga \$7   | Paga \$14     | Paga \$0      | Paga \$14     |
| <b>Nivel 3</b><br>(de marca preferido)  | Insulina           | Paga \$0      | Paga \$0   | Paga \$0      | Paga \$0      | Paga \$0      |
|   | Otros medicamentos | Paga \$35     | Paga \$85  | Paga \$40     | Paga \$100    | Paga \$85     |
| <b>Nivel 4</b><br>(no preferido)        | Paga \$90          | Paga \$250    | Paga \$100 | Paga \$280    | Paga \$250    | Paga \$280    |
| <b>Nivel 5</b><br>(de especialidad)     | Paga 33%           | No disponible | Paga 33%   | No disponible | No disponible | No disponible |
| <b>Nivel 6</b><br>(de atención selecta) | Paga \$0           | Paga \$0      | Paga \$0   | Paga \$0      | Paga \$0      | Paga \$0      |

#### Etapa de interrupción en la cobertura

Comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance \$5,030.

Paga los mismos copagos que en la Etapa de cobertura inicial por los medicamentos de los Niveles 1 y 2. Por los medicamentos en los otros niveles, deberá pagar el 25% (más una parte de la tarifa de distribución) del precio negociado por los medicamentos de marca y el 25% del costo por los medicamentos genéricos. Los requisitos de coseguro para la Etapa de interrupción en la cobertura no se aplican para los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

#### Etapa de cobertura catastrófica

Después de que los costos anuales a pagar de su bolsillo por los medicamentos alcancen \$8,000, paga \$0 por todos los medicamentos con receta cubiertos durante el resto del año.



Durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de interrupción en la cobertura, no pagará más de \$0 por un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en nuestra “Lista de medicamentos” (Formulario), independientemente del nivel de gastos compartidos. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto a través de una determinación de cobertura, apelación o transición. Durante la Etapa de cobertura catastrófica, paga \$0 por todos los productos de insulina cubiertos.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje, están cubiertas por nuestro plan sin costo alguno para usted en todas las etapas de beneficio de la Parte D, incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los gastos compartidos sobre vacunas específicas.

Algunas de las farmacias de la red tienen gastos compartidos preferidos. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos si usa estas farmacias. Sus gastos compartidos pueden variar dependiendo de la farmacia que elija (p. ej., minorista preferida, minorista estándar, pedido por correo preferido, pedido por correo estándar, cuidado a largo plazo (LTC), farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar, etc.), si recibe suministros para un mes o tres meses, si entra en otra fase del beneficio de la Parte D o si recibe “Ayuda adicional”. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que se proporciona en este documento o acceda a la Evidencia de cobertura en línea. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, sus gastos compartidos para los suministros de 31 días son los mismos que en una farmacia minorista estándar para suministros de 30 días. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

## MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (PARTE D):

SCAN HEART FIRST — Paga lo siguiente:

| Nivel del medicamento | Minorista             |                        |                       |                        | De pedido por correo   |                        |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                       | Preferida             |                        | Estándar              |                        | Preferida              | Estándar               |
|                       | Suministro de 30 días | Suministro de 100 días | Suministro de 30 días | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días |

Deducible de la Parte D: Paga \$0

### Etapa de cobertura inicial

|   |                    |               |            |               |               |               |            |
|---|--------------------|---------------|------------|---------------|---------------|---------------|------------|
| <b>Nivel 1</b><br>(genérico preferido)  | Paga \$0           | Paga \$0      | Paga \$0   | Paga \$0      | Paga \$0      | Paga \$0      |            |
| <b>Nivel 2</b><br>(genérico)            | Paga \$0           | Paga \$0      | Paga \$7   | Paga \$14     | Paga \$0      | Paga \$14     |            |
| <b>Nivel 3</b><br>(de marca preferido)  | Insulina           | Paga \$25     | Paga \$55  | Paga \$35     | Paga \$85     | Paga \$55     | Paga \$85  |
|   | Otros medicamentos | Paga \$35     | Paga \$85  | Paga \$40     | Paga \$100    | Paga \$85     | Paga \$100 |
| <b>Nivel 4</b><br>(no preferido)        | Paga \$90          | Paga \$250    | Paga \$100 | Paga \$280    | Paga \$250    | Paga \$280    |            |
| <b>Nivel 5</b><br>(de especialidad)     | Paga 33%           | No disponible | Paga 33%   | No disponible | No disponible | No disponible |            |
| <b>Nivel 6</b><br>(de atención selecta) | Paga \$0           | Paga \$0      | Paga \$0   | Paga \$0      | Paga \$0      | Paga \$0      |            |

### Etapa de interrupción en la cobertura

Comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance \$5,030.

Paga los mismos copagos que en la Etapa de cobertura inicial por los medicamentos de los Niveles 1 y 2. Por los medicamentos en los otros niveles, deberá pagar el 25% (más una parte de la tarifa de distribución) del precio negociado por los medicamentos de marca y el 25% del costo por los medicamentos genéricos. Los requisitos de coseguro para la Etapa de interrupción en la cobertura no se aplican para los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

### Etapa de cobertura catastrófica

Después de que los costos anuales a pagar de su bolsillo por los medicamentos alcancen \$8,000, paga \$0 por todos los medicamentos con receta cubiertos durante el resto del año.

Durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de interrupción en la cobertura, no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de gastos compartidos en el que se encuentre, incluso si no ha pagado el deducible. Durante la Etapa de cobertura catastrófica, paga \$0 por todos los productos de insulina cubiertos.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje, están cubiertas por nuestro plan sin costo alguno para usted en todas las etapas de beneficio de la Parte D, incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los gastos compartidos sobre vacunas específicas.

Algunas de las farmacias de la red tienen gastos compartidos preferidos. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos si usa estas farmacias. Sus gastos compartidos pueden variar dependiendo de la farmacia que elija (p. ej., minorista preferida, minorista estándar, pedido por correo preferido, pedido por correo estándar, cuidado a largo plazo (LTC), farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar, etc.), si recibe suministros para un mes o tres meses, si entra en otra fase del beneficio de la Parte D o si recibe “Ayuda adicional”. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que se proporciona en este documento o acceda a la Evidencia de cobertura en línea. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, sus gastos compartidos para los suministros de 31 días son los mismos que en una farmacia minorista estándar para suministros de 30 días. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

## BENEFICIOS ADICIONALES

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

| BENEFICIOS   | SCAN BALANCE  | SCAN HEART FIRST  | LO QUE DEBE SABER  |
|--|---|---|--|
| <p><b>Servicios de acupuntura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de acupuntura cubierta por Medicare</li> <li>Atención de acupuntura de rutina</li> </ul>   | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0 por hasta 24 consultas al año, combinadas con los servicios quiroprácticos de rutina</p> | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0 por hasta 24 consultas al año, combinadas con los servicios quiroprácticos de rutina</p> | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b>.</p> <p>No necesita una recomendación para una consulta inicial de acupuntura de rutina. Cualquier consulta posterior requiere <b>autorización previa</b>.</p>       |
| <p><b>Navegación de la atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional de atención especializado/a para responder sus preguntas y encontrar los recursos clínicos y sociales adecuados que le garantizarán que reciba la atención que necesita</li> <li>Evaluación geriátrica para personalizar sus servicios (solo disponible en el plan SCAN Balance)</li> </ul> | <p>Paga \$0</p> <p>Paga \$0</p>   | <p>Paga \$0</p> <p>Sin cobertura</p>  |  |
| <p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> <li>Atención quiropráctica de rutina</li> </ul>  | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0 por hasta 24 consultas al año, combinadas con los servicios de acupuntura</p>            | <p>Paga un copago de \$15 por consulta</p> <p>Paga \$0 por hasta 24 consultas al año, combinadas con los servicios de acupuntura</p>            | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b></p> <p>No necesita una recomendación para una consulta inicial de rutina con un quiropráctico. Cualquier consulta posterior requiere <b>autorización previa</b>.</p> |
| <p><b>Atención en el hogar (cubierta por Medicare)</b></p>   | <p>Paga \$0</p>   | <p>Paga \$0</p>   | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b></p>  |

| BENEFICIOS  | SCAN BALANCE  | SCAN HEART FIRST  | LO QUE DEBE SABER   |
|---|---|---|---|
| <p><b>Equipo y suministros médicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> <br/> <li>• Prótesis (p. ej., férulas, prótesis ortopédicas)</li> <br/> <li>• Suministros para personas con diabetes</li> </ul> | <p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$499 según el monto aprobado por Medicare.</p> <p>Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$500 o más.</p> <p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$499 según el monto aprobado por Medicare.</p> <p>Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$500 o más.</p> <p>Paga \$0</p> | <p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$499 según el monto aprobado por Medicare.</p> <p>Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$500 o más.</p> <p>Paga \$0 por los artículos con un costo de compra de \$0 a \$499 según el monto aprobado por Medicare.</p> <p>Paga el 20% del costo total de los artículos con un costo de compra de \$500 o más.</p> <p>Paga \$0</p> | <p>Se aplican normas sobre <b>autorización previa</b> para el equipo médico duradero, las prótesis y determinados suministros para personas con diabetes cubiertos.</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p>SCAN cubre suministros para personas con diabetes, como monitores de glucosa, tiras reactivas y solución de control de un fabricante seleccionado. Las lancetas también están cubiertas y son proporcionadas por todos los fabricantes.</p> |

| BENEFICIOS                                   | SCAN BALANCE                                       | SCAN HEART FIRST                                   | LO QUE DEBE SABER  |
|--|--|--|--|
| <p><b>Servicios de telesalud</b></p>         | <p>Paga \$0</p>                                    | <p>Paga \$0</p>                                    | <p><b>Atención médica de urgencia:</b></p> <p>Una consulta con un/a profesional de la salud autorizado/a en la comodidad de su hogar. Este beneficio es para afecciones que no ponen en riesgo la vida, como tos, influenza, náuseas, dolor de garganta, fiebre y alergias, entre otras.</p> <p>Las consultas con los proveedores pueden hacerse por teléfono o mediante funciones de video seguras desde su computadora o teléfono inteligente.</p> <p><b>Salud conductual (solo SCAN Balance):</b></p> <p>Este beneficio le permite conectarse con psicólogos con licencia, terapeutas de nivel de maestría o psiquiatras a través de consultas por video los 7 días de la semana con cita previa.</p> <p>Las consultas de telesalud conductual con los profesionales se pueden realizar mediante funciones seguras de video desde su computadora, tableta o teléfono inteligente. El servicio de telesalud conductual no pretende reemplazar a su médico/a de atención primaria o especialista.</p> |
| <p><b>Productos de venta libre (OTC)</b></p> | <p>Tiene cobertura de hasta \$50 por trimestre</p> | <p>Tiene cobertura de hasta \$50 por trimestre</p> | <p>Tiene cobertura para hasta 2 envíos por trimestre y cualquier saldo restante se acumula al siguiente trimestre. El beneficio no se acumula para el próximo año calendario.</p>  |

## BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES

### SERVICIOS DENTALES: SCAN BALANCE Y SCAN HEART FIRST

#### Plan dental PPO de Texas

|               |             |
|---------------|-------------|
| Prima mensual | \$25 al mes |
|---------------|-------------|

- Acceso a una gran red de proveedores de Delta Dental DPPO
- Más de 300 procedimientos dentales incluidos
- Cobertura dental integral
- Servicios dentales disponibles con dentistas dentro y fuera de la red
- Los servicios con dentistas dentro de la red tendrán copagos predecibles
- Cobertura máxima de \$2,000 para dentistas que no sean de Delta Dental Medicare PPO

**SCAN Balance** y **SCAN Heart First** cuentan con una red de médicos/as, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a los proveedores fuera de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

## ACERCA DE SCAN BALANCE Y SCAN HEART FIRST

|  |  |
|--|--|
| <p><b>¿Quién puede inscribirse?</b></p>  | <p><b>SCAN Balance</b><br/><b>Requisitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare</li> <li>- Vivir en el área de servicio del plan (condado de Harris, Texas)</li> <li>- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos</li> <li>- Haber sido diagnosticado con diabetes mellitus</li> </ul> <p><b>SCAN Heart First</b><br/><b>Requisitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare</li> <li>- Vivir en el área de servicio del plan (condado de Harris, Texas)</li> <li>- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos</li> <li>- Haber sido diagnosticado con trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica</li> </ul> |
| <p><b>Número de teléfono (miembros)</b></p> <p><b>Número de teléfono (no miembros)</b></p> <p><b>TTY</b></p> | <p><b>1-855-844-7226</b></p> <p><b>1-855-898-7226</b></p> <p>Si llama a este número, se comunicará directamente con un agente de seguros con licencia.</p> <p><b>711</b></p>   |
| <p><b>Horario de atención</b></p>  | <p><b>Del 1 de octubre al 31 de marzo:</b><br/>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana</p> <p><b>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</b><br/>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes</p> <p>Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.</p>  |
| <p><b>Sitio web</b></p>  | <p><a href="http://www.scanhealthplan.com">http://www.scanhealthplan.com</a></p>   |

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual **Medicare y usted (Medicare & You)** actual. Consulte en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-844-7226 (TTY: 711) para obtener más información.

Puede solicitar que se le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedido por correo de la red. Express Scripts Pharmacy<sup>SM</sup> es nuestra farmacia de pedido por correo preferida. Si bien puede surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de pedido por correo de nuestra red, pagará menos en una farmacia de pedido por correo preferida. Por lo general, debería recibir sus medicamentos con receta dentro de los 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedido



por correo Express Scripts reciba el pedido. Si no recibe su(s) medicamento(s) con receta dentro de ese plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan al 1-855-844-7226, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil. TTY: 711. Para las recetas de pedido por correo, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático comunicándose con Express Scripts Pharmacy al 1-866-553-4125, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede cancelar la inscripción de los envíos automáticos en cualquier momento. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

# Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un/a representante de Servicio al cliente al 1-855-898-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

## Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios que recibe habitualmente de un/a médico/a. Para ver una copia de la EOC, ingrese en [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com) o llame al 1-855-898-7226.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico/a) para asegurarse que los/as médicos/as a los/as que acude actualmente estén en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba elegir un/a nuevo/a médico/a.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse que la farmacia que le proporciona sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

## Comprenda las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de asegurarse que los/as médicos/as a los/as que acude actualmente en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Para que pueda inscribirse en el plan, debemos verificar que tenga una afección crónica grave o incapacitante específica que califique para el plan.

SCAN Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan ofrece recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). SCAN Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Health Plan  
Attention: Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 22616  
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services  
PHONE: 1-855-844-7226  
FAX: 1-568-989-0958  
TTY: 711

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web:  
<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera 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 o teléfono:

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

Puede encontrar los formularios de quejas en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Puede encontrar los formularios de quejas en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-844-7226. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-844-7226. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Cantonese (Traditional):** 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-855-844-7226 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Chinese Mandarin (Simplified):** 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-855-844-7226 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-855-844-7226. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**Tagalog:** Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-855-844-7226. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-844-7226 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Armenian:** Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-855-844-7226 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

**Persian:** توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسیت با شماره 1-855-844-7226 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-855-844-7226. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

**Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、1-855-844-7226 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-855-844-7226. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

**Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-855-844-7226 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Mon-Khmer, Cambodian:**

យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-855-844-7226។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pib lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pib ntawm 1-855-844-7226. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-844-7226 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-855-844-7226 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

**Lao:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-844-7226. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-844-7226. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-844-7226. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-855-844-7226. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-844-7226. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-844-7226. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-844-7226. Ta usługa jest bezpłatna.

**Hmong-Mien:** Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pib lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pib ntawm 1-855-844-7226. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**Ukrainian:** Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-855-844-7226. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.