

Resumen de beneficios

Centro de Texas PPO

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos incluidos en el plan BSW SeniorCare Advantage PPO, ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan.

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2022.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre BSW SeniorCare Advantage PPO y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cosas que debe saber sobre BSW SeniorCare Advantage PPO

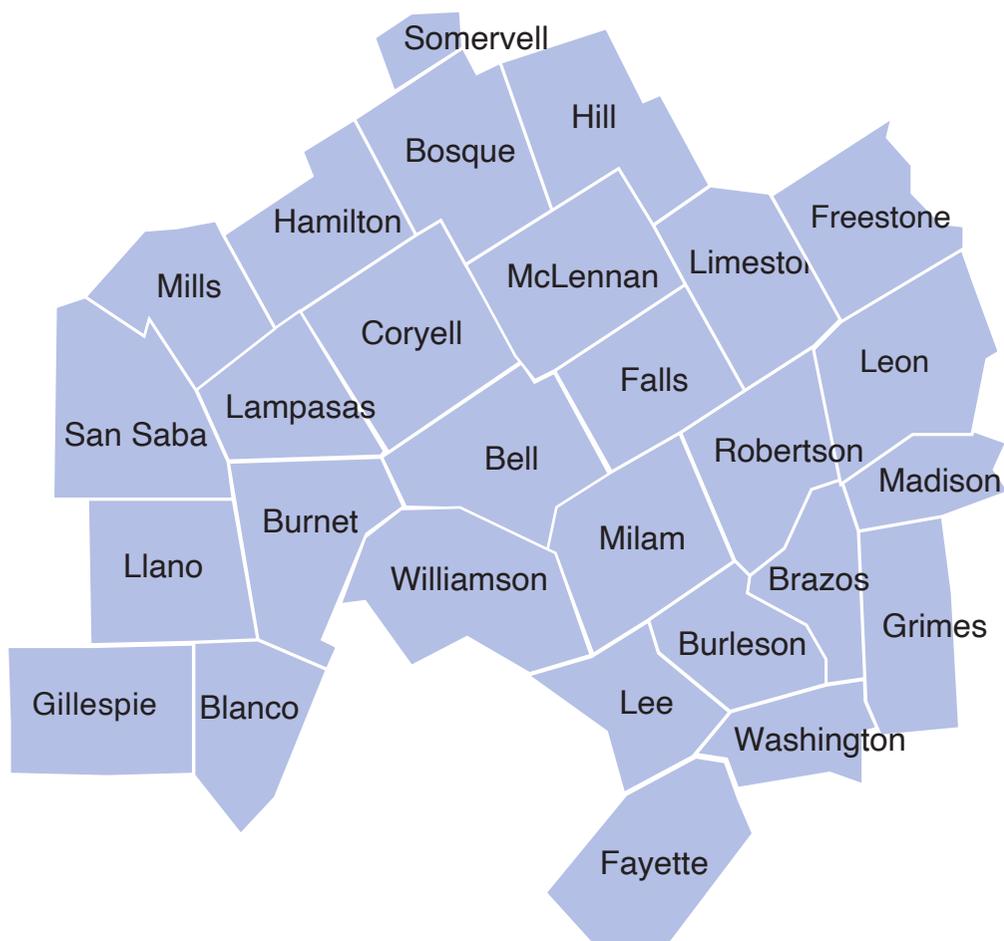
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (incluidos los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
- Nuestro sitio web: [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare).

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

¿Quién puede inscribirse?

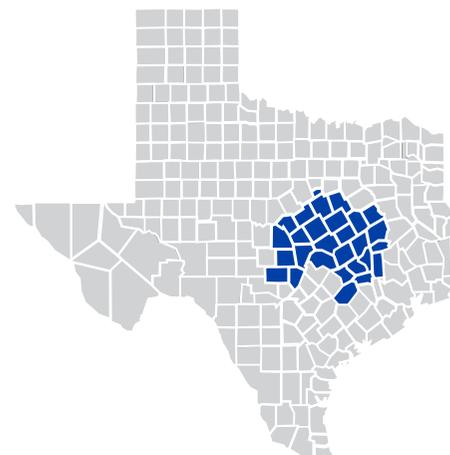
Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage PPO, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Grimes, Hamilton,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

¿Cuál es el área de servicio en el centro de Texas para **BSW SeniorCare Advantage PPO?**



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

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



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BSW SeniorCare Advantage PPO tiene un directorio de los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red que se puede encontrar en nuestro sitio web en BSWHealthPlan.com/Medicare. Puede utilizar médicos, hospitales y otros proveedores dentro o fuera de la red.

Los proveedores no contratados/fuera de la red no tienen la obligación de atender a los miembros de BSW SeniorCare Advantage PPO, salvo en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura.

¿Qué cubrimos?

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

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

BSW SeniorCare Advantage PPO cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, BSWHealthPlan.com/Medicare.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
Prima mensual del plan	\$37 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$140 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Dentro de la red Usted paga \$0. Fuera de la red Usted paga \$300 para los servicios cubiertos por Medicare.	Dentro de la red Usted paga \$0. Fuera de la red Usted paga \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	Dentro de la red Usted paga \$6,800 al año. Fuera de la red Usted paga \$10,000 al año. El monto máximo que paga de su bolsillo no superará los \$10,000 para servicios dentro y fuera de la red combinados.	Dentro de la red Usted paga \$4,200 al año. Fuera de la red Usted paga \$8,950 al año. El monto máximo que paga de su bolsillo no superará los \$8,950 para servicios dentro y fuera de la red combinados.
Hospital para pacientes internados*	Dentro de la red Días 1 - 6: Copago de \$325 cada día. Días 7 - 90: Copago de \$0 cada día. Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% cada día.	Dentro de la red Días 1 - 5: Copago de \$250 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día. Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% cada día.

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Hospital para pacientes externos*</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$275 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$350 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$75 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% por consulta.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$100 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% por consulta.</p>
<p>Consultas médicas</p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% por consulta.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% por consulta.</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% por consulta.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$90 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$90 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$90 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$90 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$50 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$50 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$50 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$50 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes* Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes* (continuación)</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$75 a \$300.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$20 a \$200.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Examen auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Examen auditivo de rutina</p> <p>Audífonos</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0. Limitado a 1 consulta por año.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$20 por examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0. Limitado a 1 consulta por año.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p> <p>Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.</p>

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Servicios odontológicos</p> <p>Prima mensual</p> <p>Beneficio máximo anual</p> <p>Deducible</p> <p>Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (ciertas radiografías cada tres años)</p> <p>Endodoncia (un tratamiento de conducto por diente de por vida)</p> <p>Servicios de restauración (dentaduras postizas una vez cada cinco años)</p> <p>Extracciones y empastes (ilimitados)</p> <p>Periodoncia (cada tres años)</p> <p>Prostodoncia, otros tipos de cirugía oral/maxilofacial, otros servicios (cada cinco años. Dentaduras postizas a través de un prostodoncista una vez cada cinco años).</p> <p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.</p>	<p>Cubiertos con una prima adicional. Consulte “Odontología – Beneficio complementario opcional” más abajo.</p>	<p>Incluidos.</p> <p>\$2,500</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p>
<p>Servicios de la vista</p> <p>Lentes y accesorios</p>	<p>Dentro y fuera de la red combinados</p> <p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p>	<p>Dentro y fuera de la red combinados</p> <p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p>

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Servicios de la vista (continuación)</p> <p>Examen de la vista de rutina</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Consulta para pacientes internados*</p> <p>Consulta de terapia Individual o grupal para pacientes externos*</p>	<p>Dentro de la red Días 1 - 5: Copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% cada día.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$40.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Días 1 - 5: Copago de \$250 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30% cada día.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$20.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</p>	<p>Dentro de la red Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$196 cada día.</p> <p>Fuera de la red Días 1 - 20: Usted paga un coseguro del 35% por día. Días 21 - 100: Usted paga un coseguro del 35% por día.</p>	<p>Dentro de la red Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$50 cada día.</p> <p>Fuera de la red Días 1 - 20: Usted paga un coseguro del 30% por día. Días 21 - 100: Usted paga un coseguro del 30% por día.</p>

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Fisioterapia</p> <p>Consulta de terapia ocupacional</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$35.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>*Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$35.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Ambulancia terrestre</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$325.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>Ambulancia aérea</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$325.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$75.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$75.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>	
<p>Transporte (adicional, de rutina)</p> <p>Dentro de la red No está cubierto.</p> <p>Fuera de la red No está cubierto.</p>	<p>Dentro de la red No está cubierto.</p> <p>Fuera de la red No está cubierto.</p>	
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos de quimioterapia</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>	

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)</p>	<p>Silver&Fit es un programa de ejercicios que brinda a los miembros una membresía para gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.</p>	<p>Silver&Fit es un programa de ejercicios que brinda a los miembros una membresía para gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.</p>
<p>Atención médica a domicilio*</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)</p> <p>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Servicios de telesalud: proveedores de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
Servicio de tratamiento de opioides*	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 30%.</p>
<p>Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</p> <p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de urgencia</p> <p>Transporte de emergencia/urgencia</p> <p>Beneficio máximo anual</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.</p>

***Se requiere autorización previa.**

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

Remisiones y autorizaciones

No se requieren remisiones de su proveedor de atención primaria para servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener todos los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web en BSWHealthPlan.com/Medicare antes del 15 de octubre de 2022.

Medicamentos con receta para pacientes externos				
	Basic		Platinum	
Deducible	\$250 Se aplica los Niveles 3, 4 y 5.		\$50 Se aplica los Niveles 3, 4 y 5.	
Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si se aplica)	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p> <p>Los costos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia (por ejemplo, pedido por correo, atención a largo plazo [LTC] o infusión a domicilio, y suministros para 30 o 90 días).</p>			
	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro de pedido por correo de 90 días	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro de pedido por correo de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$3.	Usted paga \$0.	Usted paga \$2.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (Genérico)	Usted paga \$14.	Usted paga \$0.	Usted paga \$12.	Usted paga \$0.
Nivel 3 (Marca preferida)	Usted paga \$47. Insulinas Selectas por un copago de \$35.	Usted paga \$94. Insulinas Selectas por un copago de \$70.	Usted paga \$45. Insulinas Selectas por un copago de \$35.	Usted paga \$90. Insulinas Selectas por un copago de \$70.
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Usted paga \$99.	Usted paga \$198.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga el 28%.	No disponible.	Usted paga el 32%.	No disponible.
Modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D	<p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage PPO para Insulinas Selectas. Los costos que paga de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$35 para un suministro de un mes durante la etapa del deducible y la etapa de cobertura inicial. BSW SeniorCare Advantage PPO también ofrece cobertura adicional durante la etapa del período sin cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, el costo que paga de su bolsillo para Insulinas Selectas también será \$35 para un suministro de un mes. Las Insulinas Selectas son medicamentos del Nivel 3 y pueden identificarse a través de la abreviación “SI” en la Lista de medicamentos.</p>			
Período sin cobertura	<p>Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,660, usted no pagará más que un coseguro del 25% por medicamentos genéricos o un coseguro del 25% por medicamentos de marca.</p>			

Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)

Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluido los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none">• Un coseguro del 5%, o• Un copago de \$4.15 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 por todos los demás medicamentos.
---	--

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a servicio al cliente para obtener más información.

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

Lo alentamos a que nos informe de inmediato si, después de convertirse en miembro, tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos con receta. Para obtener ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

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

Odontología – Beneficio complementario opcional

La cobertura odontológica es un beneficio complementario opcional para el plan BSW SeniorCare Advantage PPO Basic, disponible por un costo adicional de \$20 por mes.

Servicios odontológicos	BSW SeniorCare Advantage PPO Basic
Prima mensual	\$20 por mes
Beneficio máximo anual	\$2,000
Deducible	Usted paga \$0.
Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)	Usted paga un copago de \$0.
Radiografías dentales (cada tres años)	Usted paga un copago de \$0.
Extracciones y empastes	Usted paga un coseguro del 50%.
Restauración dental (cada dos años)	Usted paga un coseguro del 50%.
Dentaduras postizas (cada cinco años)	Usted paga un coseguro del 50%.

Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de cobertura* para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711) de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame al 1-866-334-3141 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se debita de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindarle atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que recibe de proveedores no contratados.

INFORMACION IMPORTANTE:**Calificación 2022 de Medicare con Estrellas**

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos

**Baylor Scott & White Health Plan - H2032**

En el 2022, Baylor Scott & White Health Plan - H2032 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★★

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica que tan bien funciona el plan.

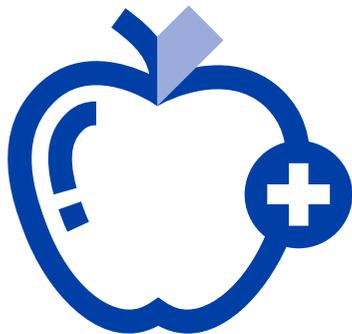
- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Baylor Scott & White Health Plan 7 días a la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central a 866-334-3141 (número gratuito) o al 711. Miembros actuales favor de llamar 866-334-3141 (número gratuito) o al 711.



BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que es subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.

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