

Resumen de beneficios

Centro de Texas HMO

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

Resumen de beneficios

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

BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. 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 HMO 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 HMO

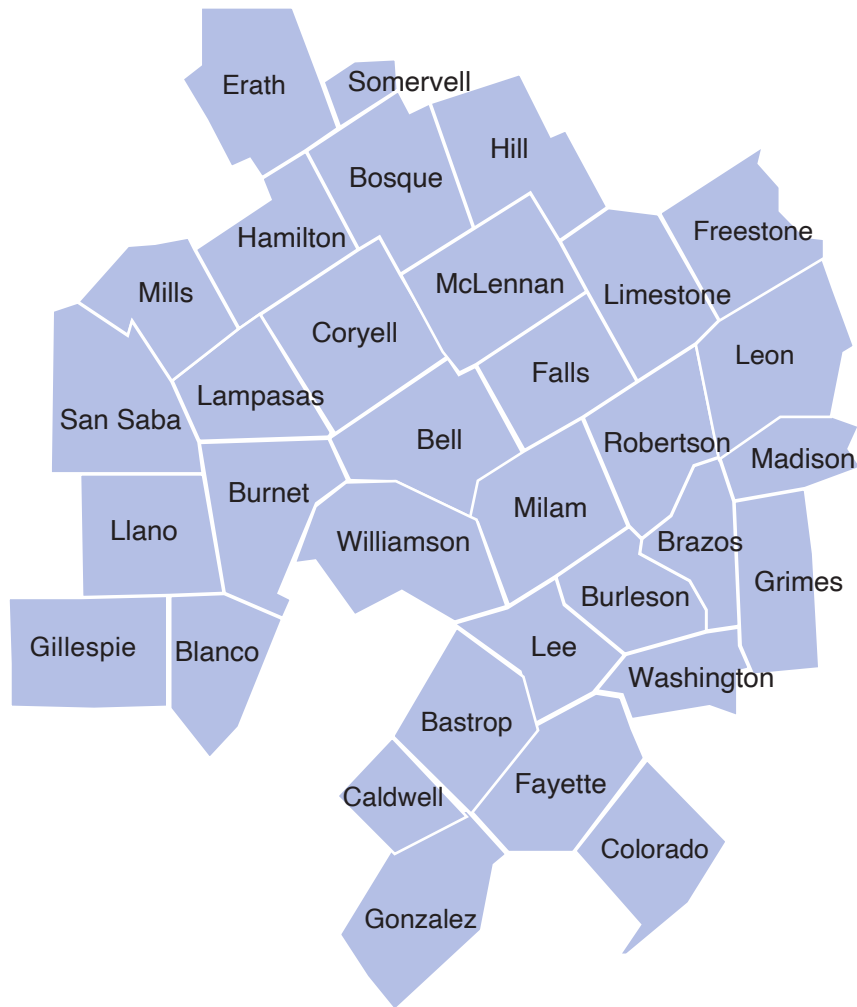
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (incluidos los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes 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?

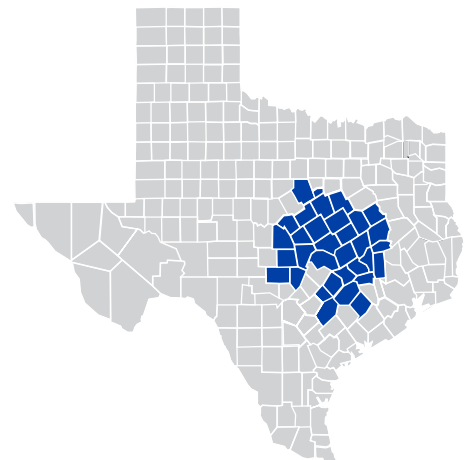
Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage HMO, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, 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 HMO?**



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

Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, 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 HMO 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. Debe utilizar proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, a menos que el plan autorice lo contrario.

¿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 HMO 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	Select	Preferred	Premium
<p>Prima mensual del plan</p> <p>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>BSW SeniorCare Advantage Select (HMO) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite SSA.gov para obtener más información.</p>	<p>Usted paga \$145 por mes.</p> <p>Usted paga \$83 por mes.</p> <p>BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite SSA.gov para obtener más información.</p>	<p>Usted paga \$253 por mes.</p> <p>Usted paga \$199 por mes.</p> <p>BSW SeniorCare Advantage Premium (HMO) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite SSA.gov para obtener más información.</p>
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<p>Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</p> <p>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p>	<p>Usted paga \$5,800 al año.</p> <p>Usted paga \$5,900 al año.</p>	<p>Usted paga \$4,000 al año.</p> <p>Usted paga \$4,500 al año.</p>	<p>Usted paga \$4,800 al año.</p> <p>Usted paga \$4,500 al año.</p>
Hospital para pacientes internados*	<p>Días 1 - 6: Copago de \$325 cada día.</p> <p>Días 7 - 90: Copago de \$0 cada día.</p>	Usted paga un copago de \$700 por estadía.	Usted paga un copago de \$100 por estadía.

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Hospital para pacientes externos*			
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$250 por consulta.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga un copago de \$325 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Consultas médicas			
Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Especialistas	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Preventive Care	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Atención de emergencia	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.	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.	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.
Servicios de urgencia	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.	Usted paga un copago de \$40 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$40 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de laboratorio	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	Usted paga un copago de \$75 a \$300 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 a \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0.
Radiografías para pacientes externos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios auditivos			
Examen auditivo cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por examen auditivo cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo cubierto por Medicare.
Examen auditivo de rutina	Usted paga un copago de \$0. Limitado a 1 consulta por año.	Usted paga un copago de \$0. Limitado a 1 consulta por año.	Usted paga un copago de \$0. Consultas ilimitadas cada año.
Audífonos	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.
Servicios odontológicos			
Beneficio máximo anual	\$2,500	\$2,500	\$2,500
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Radiografías dentales (ciertas radiografías cada tres años)	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Extracciones y empastes (ilimitados)	Usted paga un coseguro del 50%.	Usted paga un coseguro del 50%.	Usted paga un coseguro del 50%.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Endodoncia (un tratamiento de conducto por diente de por vida)</p> <p>Periodoncia (cada tres años)</p> <p>Restauración dental (dentaduras postizas una vez cada cinco 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>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p>
<p>Servicios de la vista</p> <p>Lentes y accesorios</p> <p>Examen de la vista de rutina</p>	<p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p>	<p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p>	<p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Consulta para pacientes internados*</p>	<p>Días 1 - 5: Copago de \$318 cada día.</p> <p>Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.</p>	<p>Usted paga un copago de \$700 por estadía.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por estadía.</p>

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de salud mental (continuación) Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$196 cada día.	Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$50 cada día.	Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$15 cada día.
Fisioterapia Consulta de terapia ocupacional Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje*	Usted paga un copago de \$35. Usted paga un copago de \$35.	Usted paga un copago de \$25. Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$10. Usted paga un copago de \$10.
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D Ambulancia aérea Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D	Usted paga un copago de \$300. Usted paga un copago de \$265. Usted paga un copago de \$300. Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75. Usted paga un copago de \$75. Usted paga un copago de \$75. Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40. Usted paga un copago de \$40. Usted paga un copago de \$40. Usted paga un copago de \$40.
Transporte (adicional, de rutina)	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos de quimioterapia Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</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>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>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)</p> <p>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de telesalud: proveedores de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicio de tratamiento de opioides*	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.
Beneficio de comidas	Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
Artículos de venta libre Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D	Asignación deslice y ahorre de \$50 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.	Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.	Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo			
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Atención de urgencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Transporte de emergencia/urgencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Beneficio máximo anual	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.

***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						
	Select Rx		Preferred Rx		Premium Rx	
Deducible	\$0 Se aplica a los Niveles 1 a 5.		\$0 Se aplica a los Niveles 1 a 5.		\$0 Se aplica a los Niveles 1 a 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	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro de pedido por correo de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$5.	Usted paga \$0	Usted paga \$3.	Usted paga \$0.	Usted paga \$2.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (Genérico)	Usted paga \$20.	Usted paga \$0.	Usted paga \$15.	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.	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 \$100.	Usted paga \$200.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga el 30% del costo.	No disponible.	Usted paga el 31% del costo.	No disponible.	Usted paga el 33% del costo.	No disponible.
Modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D	<p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage HMO 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 HMO 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>					

Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)	
Período sin cobertura	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.
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. 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.

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 (incluidos los principales días festivos).

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.

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.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2022 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Baylor Scott & White Health Plan - H8142

En el 2022, Baylor Scott & White Health Plan - H8142 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.

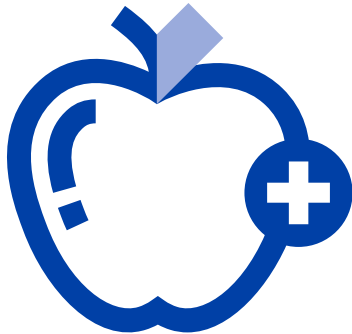
★★★★★ EXCELENTE
★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
★★★☆☆ PROMEDIO
★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
★☆☆☆☆ DEFICIENTE

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 HMO es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. 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.