BaylorScott&White Health Plan | BSW SENIORCARE ADVANTAGE • PPO®

RESUMEN DE BENEFICIOS

Medicare Advantage PPO

CENTRO DE TEXAS

H2032_002-003CTXSB2025-SP_M

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 2025 al 31 de diciembre de 2025

BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato con 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 BSWHealthPlan.com/Medicare antes del 15 de octubre de 2024.

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, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Nuestro sitio web: 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 de Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Navarro, 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 incluyen 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, Navarro, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y 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.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga $0 por mes.	Usted paga $129 por mes.
Deducible	**Dentro de la red** Usted paga $0. **Fuera de la red** Usted paga $0 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 $6,750 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 $4,600 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 por estadía. Días 7-90: Copago de $0 cada día por estadía. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por estadía.	**Dentro de la red** Días 1-5: Copago de $250 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de $0 cada día por estadía. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por estadía.
Hospital para pacientes externos*		
Centro quirúrgico ambulatorio	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $275 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $75 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $350 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $100 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Consultas médicas		
Proveedores de atención primaria	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Especialista	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $35 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $20 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Atención preventiva	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Atención de emergencia Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $120 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $120 por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $120 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $120 por consulta.
Servicios de urgencia Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $50 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $50 por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $50 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $50 por consulta.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*		
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (continuación)*		
Servicios de laboratorio	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI])	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 a $300. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 a $200. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Radiografías para pacientes externos	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Servicios auditivos		
Examen auditivo cubierto por Medicare	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $40 por examen auditivo cubierto por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por examen auditivo cubierto por Medicare.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $20 por examen auditivo cubierto por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por examen auditivo cubierto por Medicare.
Examen auditivo de rutina Se limita a un examen al año.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por examen. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por examen.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por examen. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por examen.
Audífonos	Asignación de $1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de $1,500 para la compra de audífonos cada tres años.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios odontológicos	**Dentro y fuera de la red combinados**	**Dentro y fuera de la red combinados**
Odontología preventiva y de diagnóstico		
Exámenes orales: Un examen cada seis meses.	Copago de $0 por cada examen oral.	Copago de $0 por cada examen oral.
Radiografías dentales: Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.	Copago de $0 por cada radiografía.	Copago de $0 por cada radiografía.
Otros servicios odontológicos de diagnóstico: Radiografías periapicales según sea necesario.	Copago de $0 por cada radiografía periapical.	Copago de $0 por cada radiografía periapical.
Profilaxis (limpieza): Una limpieza cada seis meses.	Copago de $0 por cada limpieza.	Copago de $0 por cada limpieza.
Otros servicios odontológicos preventivos: Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar y moldes de diagnóstico).	Copago de $0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.	Copago de $0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.
Máximo anual de beneficios:	$3,500 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos combinados.	$3,000 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos combinados.
Servicios odontológicos integrales		
Servicios de restauración: Un empaste de resina o amalgama por superficie por diente cada 24 meses. Un par de dentaduras postizas cada cinco años. Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años.	Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.	Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios odontológicos (continuación)		
Endodoncia: Un tratamiento de conducto, uno por diente, de por vida. Recubrimiento pulpar según sea necesario. Un tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación por diente de por vida.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.
Periodoncia: Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses. Mantenimiento periodontal por hasta dos veces cada año calendario. Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.
Prostodoncia, removibles Un par de dentaduras postizas a través de un prostodoncista cada cinco años calendario. Un ajuste de dentadura postiza cada seis meses. Una reparación de base o revestimiento dental cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.
Servicios de implantes Un implante por diente cada 10 años calendario. Una reparación de implante y prótesis implantosoportada por posición dental cada 10 años calendario.	Coseguro del 50% por cada servicio de implante.	Coseguro del 50% por cada servicio de implante.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios odontológicos (continuación)		
Prostodoncia, fijas Un par de dentaduras postizas cada cinco años calendario. Un ajuste de dentadura postiza cada seis meses. Una reparación de base o revestimiento dental cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses. Puentes cubiertos cada 10 años.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia fija.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia fija.
Cirugía oral y maxilofacial Cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas. Una biopsia por cepillado cada 24 meses. Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.	Coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.	Coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.
Servicios generales complementarios Una consulta y ajuste oclusal cada 12 meses. Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario. 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. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.	Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.	Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios odontológicos (continuación) Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente: • cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y • cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.		
Servicios de la vista	**Dentro y fuera de la red combinados**	**Dentro y fuera de la red combinados**
Lentes y accesorios El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto.	Asignación de $150 para la compra de lentes y accesorios cada año.	Asignación de $150 para la compra de lentes y accesorios cada año.
Examen de la vista de rutina	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 para un examen de la vista de rutina por año. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% para un examen de la vista de rutina por año.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 para un examen de la vista de rutina por año. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% para un examen de la vista de rutina por año.
Examen de la vista cubierto por Medicare	**Dentro y fuera de la red combinados** Usted paga un copago de $40 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	**Dentro y fuera de la red combinados** Usted paga un copago de $40 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios de salud mental		
Hospitalización*	**Dentro de la red** Días 1-5: Copago de $318 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de $0 cada día por estadía. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por estadía.	**Dentro de la red** Días 1-5: Copago de $250 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de $0 cada día por estadía. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por estadía.
Terapia individual o grupal para pacientes externos	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $40 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $20 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	**Dentro de la red** Días 1-20: Copago de $0 cada día. Días 21-100: Copago de $214 cada día. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por día.	**Dentro de la red** Días 1-20: Copago de $0 cada día. Días 21-100: Copago de $50 cada día. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por día.
Fisioterapia		
Terapia ocupacional	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $35 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $25 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $35 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $25 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicio de ambulancia		
Ambulancia terrestre	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $325. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $75. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Ambulancia aérea*	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $325. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $75. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Transporte (adicional, de rutina)	No está cubierto.	No está cubierto.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare		
Medicamentos de quimioterapia Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	**Dentro de la red** Usted paga un coseguro del 0%-20%. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un coseguro del 0%-20%. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Otros medicamentos de la Parte B Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado. Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.	**Dentro de la red** Usted paga un coseguro del 0%-20%. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%.	**Dentro de la red** Usted paga un coseguro del 0%-20%. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30%.
Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)	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.	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.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Atención médica a domicilio*	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $45 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $45 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Servicio de tratamiento de opioides*	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $45 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $45 por consulta. **Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 30% por consulta.
Artículos de venta libre	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.	No disponible.
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo		
Atención de emergencia	Usted paga un copago de $0 por consulta.	Usted paga un copago de $0 por consulta.
Atención de urgencia	Usted paga un copago de $0 por consulta.	Usted paga un copago de $0 por consulta.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)	BSW SeniorCare Advantage Platinum (PPO)
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo (continuación)		
Transporte de emergencia/urgencia	Usted paga un copago de $0 por viaje.	Usted paga un copago de $0 por viaje.
Máximo anual de beneficios	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $5,000.	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $5,000.

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 2024.

*** Se requiere autorización previa.**

Medicamentos con receta para pacientes externos						
	Basic			**Platinum**		
Deducible	$250 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.			$50 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.		
	Cobertura inicial					
	Suministro minorista estándar de 30 días	**Suministro minorista preferido de 30 días**	**Suministro de pedido por correo de 90 días**	**Suministro minorista estándar de 30 días**	**Suministro minorista preferido de 30 días**	**Suministro de pedido por correo de 90 días**
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga $5.	Usted paga $0.	Usted paga $0.	Usted paga $5.	Usted paga $0.	Usted paga $0.
Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga $14.	Usted paga $7.	Usted paga $0.	Usted paga $12.	Usted paga $5.	Usted paga $0.
Nivel 3 (De marca preferida)	Usted paga $47.	Usted paga $47.	Usted paga $94.	Usted paga $45.	Usted paga $45.	Usted paga $90.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga $99.	Usted paga $99.	Usted paga $198.	Usted paga $95.	Usted paga $95.	Usted paga $190.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga 30%.	Usted paga 30%.	No disponible.	Usted paga el 32%.	Usted paga el 32%.	No disponible.
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los $2,000, usted pagará $0.					

Incluso si no ha pagado su deducible, no pagará más de $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, y no pagará por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

Puede consultar el formulario (Lista de medicamentos) y cualquier restricción de este en nuestro sitio web. Los costos de algunos medicamentos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Para consultar el formulario (Lista de medicamentos) y el directorio de farmacias, visite BSWHealthPlan.com/Medicare.

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que le ayuda a administrar los costos de medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago se combina con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.**

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 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

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) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

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 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 o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- ☐ 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 reciba de proveedores no contratados.
- ☐ Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Interpreter Services

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 1-866-334-3141. Someone who speaks English/Language 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, por favor llame al 1-866-334-3141. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-334-3141。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-334-3141。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-334-3141. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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 1-866-334-3141. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-334-3141 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-334-3141. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Y0058_MLI 6.2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-334-3141 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-334-3141. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-334-3141. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 1-866-334-3141 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-334-3141. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-866-334-3141. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-334-3141. 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 1-866-334-3141. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 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がありますございます。通訳をご用命になるには、1-866-334-3141 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。

BaylorScott&White Health Plan

Aviso de No Discriminación

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org.

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización 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.

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

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de BSW SeniorCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

H2032_002-003CTXSB2025-SP_M