



**BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)  
es ofrecido por  
Scott and White Health Plan**

## **Aviso anual de cambios para 2021**

Actualmente está inscrito como miembro de SeniorCare Advantage Basic (PPO). El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Buscar en secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
  - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
  - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlos?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos 2021 y revise la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
    - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite

[go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros prestadores de servicios médicos estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente?
  - ¿Qué pasa con los hospitales u otros prestadores de servicios médicos que usa?
  - Revise la sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
  - ¿Cuánto gastará usted de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que toma regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARAR:** Aprenda sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
  - Revise la sección 4.2 para aprender más sobre sus elecciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ESCOGER:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, estará inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).
- Para cambiar a **un plan diferente** para satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de planes, únase a un plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes **del 7 de diciembre de 2020**, estará inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

- Si se une a otro plan antes **del 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Será dado de baja automáticamente de su plan actual.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
- Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)**

- BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Scott and White Health Plan a través de su subsidiaria Insurance Company of Scott and White, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La solicitud de cobertura BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.
  - Cuando este folleto dice nosotros", "nos" o "nuestro", significa Scott and White Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).
-

## Resumen de gastos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 para SeniorCare Advantage Basic (PPO) y costos de 2021 para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Revise la sección 2.1 para conocer más detalles.	\$36	\$37
<b>Deducible</b>	Dentro de la red: \$0  Fuera de la red: \$750	Dentro de la red: \$0  Fuera de la red: \$750
<b>Montos máximos de desembolso</b> Este es el monto <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. (Revise la sección 2.2 para más detalles.)	De proveedores dentro la red: \$6,700.  Proveedores dentro la red y fuera de la red combinados: \$10,000.	De proveedores dentro de la red: \$7,000.  Proveedores dentro la red y fuera de la red combinados: \$10,000.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Visitas de atención primaria:            \$0 de copago por visita.            Visitas de especialistas:            \$40 de copago por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Visitas de atención primaria:            35% coseguro por visita.            Visitas de especialistas:            35% coseguro por visita.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Visitas de atención primaria:            \$0 de copago por visita.            Visitas de especialistas:            \$40 de copago por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Visitas de atención primaria:            35% coseguro por visita.            Visitas de especialistas:            35% coseguro por visita.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b>            Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Desembolso máximo para pacientes agudos hospitalizados \$1,750 en cada estancia.</p> <p><b>Hospitalización</b>            Días 1 - 5: \$350 de copago cada estadía.            Días 6 - 90: \$0 de copago cada estadía.</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:            Días 1 - 5: \$350 de copago por cada estadía cubierta por Medicare.            Días 6 - 60: \$350 copago por cada estadía cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            35% coseguro.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Desembolso máximo para pacientes agudos hospitalizados \$1,950 en cada estancia.</p> <p><b>Hospitalización</b>            Días 1 - 6: \$325 de copago cada estadía.            Días 7 - 90: \$0 de copago cada estadía</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:            Días 1 - 6: \$325 de copago por cada estadía cubierta por Medicare.            Días 7 - 60: \$325 copago por cada estadía cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            35% coseguro.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Revisela sección 2.6 para más detalles.)</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al cliente (los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.)</p>	<p>Deducible: \$250 para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: \$3</li> <li>• Nivel de medicamento 2: \$14</li> <li>• Nivel de medicamento 3: \$47</li> <li>• Nivel de medicamento 4: \$99</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 28%</li> </ul>	<p>Deducible: \$250 para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Insulinas determinadas copago de \$35.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: \$3</li> <li>• Nivel de medicamento 2: \$14</li> <li>• Nivel de medicamento 3: \$47</li> <li>• Nivel de medicamento 4: \$99</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 28%</li> </ul>

**Notificación anual de cambios para 2021**  
**Tabla de contenido**

<b>Resumen de gastos importantes para 2021 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1      Estamos cambiando el nombre del plan .....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 2      Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>8</b>
Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual .....	8
Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo .....	8
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	9
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	10
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	13
<b>SECCIÓN 3      Cambios administrativos .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 4      Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 4.1 – Si desea permanecer en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) .....	18
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan .....	18
<b>SECCIÓN 5      Fecha límite para cambiar planes .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 6      Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7      Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 8      ¿Preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Sección 8.1 – Obtener ayuda de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).....	21
Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	22

## SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de SeniorCare Advantage Basic (PPO) a BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$36	\$37
<b>Prima dental suplementaria</b>	\$20	\$20

- Su prima mensual del plan será *más* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menos* si recibe "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Revise la sección 7 con respecto a la "Ayuda adicional" de Medicare.

### Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todas las coberturas de salud limiten la cantidad que paga "de costos de bolsillo" durante el año. Estos límites se denominan "montos máximos de desembolso personal". Una vez que usted alcanza ese monto generalmente no paga nada por los gastos cubiertos de los servicios de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.



Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de costos de su bolsillo dentro de la red</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) brindados por proveedores de la red cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no contabilizan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$7,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p><b>Cantidad máxima combinada de gastos de bolsillo</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de bolsillo combinado. La prima de su plan no cuenta para su monto máximo de bolsillo.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de la red o fuera -proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. Un Directorio de prestadores de servicios médicos actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los prestadores de servicios médicos o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de prestadores de servicios médicos. **Revise el Directorio de proveedores 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios durante el año en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su prestador de servicios médicos dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para administrar su atención.

---

## Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los precios que usted pague por sus medicamentos recetados dependerán de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas. solamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos del próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el *Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de Cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b>  Usted paga \$350 de copago para cada viaje terrestre de ida cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga \$350 copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, o el plan debe dar autorización para que sea atendido como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio solo está disponible en los EE. UU..</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b>  Usted paga \$325 de copago para cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$325 copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, o el plan debe dar autorización para que sea atendido como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio solo está disponible en los EE. UU.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Usted paga            Días 1 - 5: \$350 de copago por día.            Días 6 - 90: \$0 de copago cada estadía para hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:            Días 1 - 5: \$350 de copago por cada estadía cubierta por Medicare.            Días 6 - 60: \$350 copago por cada estadía cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Usted paga 35% coseguro por estadías hospitalarias cubiertas por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Usted paga            Días 1 - 6: \$325 de copago por día.            Días 7 - 90: \$0 de copago cada estadía por hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:            Días 1 - 6: \$325 de copago por cada estadía cubierta por Medicare.            Días 7 - 60: \$325 copago por cada estadía cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Usted paga 35% coseguro por estadías hospitalarias cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Usted paga            Días 1 - 20: \$0 de copago por día.            Días 21 - 100: \$167.50 de copago por cada estadía para cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Usted paga            35% coseguro por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.            Se requiere autorización previa.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>            Usted paga            Días 1 - 20: \$0 de copago por día.            Días 21 - 100: \$176 de copago por cada estadía por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Usted paga            35% coseguro por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.            Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Servicios de telesalud</b>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga \$0 de copago por servicios de telesalud adicionales cubiertos por Medicare por un PCP.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga 35% de copago por servicios de telesalud adicionales cubiertos por Medicare por un PCP.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga \$0 de copago por servicios de telesalud adicionales cubiertos por Medicare por un PCP, un especialista y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga 35% de coseguro por servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare por un PCP, un especialista y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos.</p>
<b>Restaurador dental Servicios</b>	Sin cobertura en el plan dental complementario.	<p>Usted paga un coseguro del 50% por los servicios dentales restaurativos si compra el plan dental complementario.</p> <p>Una visita cada dos años.</p>

## Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos es proporcionada.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y los cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el fármaco.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otro recetador) para encontrar una droga diferente que sí cubramos.** Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar un lapso sin cobertura en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*.) Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Las excepciones actuales al formulario pueden expirar al final del año del contrato. Si aún requiere una excepción al formulario, debe hablar con su médico y solicitar una excepción para el próximo año. La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro recetador) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

### **Cambios en los costos de medicamentos recetados**

*Nota:* Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), *La información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.* Hemos incluido un documento por separado, llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también llamada "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no recibió este inserto con este paquete, llame al Servicio de atención al cliente y solicite el "Anexo LIS".

Hay cuatro "etapas de cobertura para medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de cobertura del medicamento en la que se encuentre. (Puede

consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas.)

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de lapso sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.)

### Cambios a la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de gastos compartidos por medicamentos en el Nivel 1: Preferido genérico y \$14 gastos compartidos para medicamentos en el Nivel 2: Genérico y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido y Nivel 5: Especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$250.</p> <p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) para determinadas insulinas. Paga \$35 por determinadas insulinas.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de gastos compartidos por medicamentos en el Nivel 1: Preferido genérico y \$14 gastos compartidos para medicamentos en el Nivel 2: Genérico y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido y Nivel 5: Especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

## Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos en sus Evidencia de cobertura.*

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos <b>y usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son por un mes 30 días) suministrado cuando presente su receta en una farmacia de la red que proporcione costos compartidos estándar.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1: Genérico preferido:</b> Usted paga \$3 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genérico:</b> Usted paga \$14 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: Marca preferida:</b> Usted paga \$47 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Paga \$35 por determinadas insulinas.</p> <p><b>Nivel 1: Genérico preferido:</b> Usted paga \$3 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genérico:</b> Usted paga \$14 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: Marca preferida:</b> Paga \$47 por receta.</p>



Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Para información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo, mire en el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i> .	<b>Nivel 4: Medicamento no preferido:</b> Usted paga \$99 por receta.	<b>Nivel 4: Medicamento no preferido:</b> Usted paga \$99 por receta.
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<b>Nivel 5: Especialidad:</b> Usted paga 28% por receta.  Una vez que sus costos totales de medicamentos han alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).	<b>Nivel 5: Especialidad:</b> Usted paga 28% por receta.  Una vez que sus costos totales de medicamentos han alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).

### Cambios en el lapso sin cobertura y las etapas de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de lapso sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de lapso sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) ofrece una cobertura de lapso adicional para determinadas insulinas. Durante la Etapa de lapso sin cobertura, sus costos de desembolso personal por determinadas insulinas serán de \$35.

## SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Se requiere una hospitalización de 3 días antes de la admisión a SNF.	Ya no requiere hospitalización antes de la admisión a SNF.

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
<b>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</b>	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare y terapia de infusión en el hogar</b>	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.	Medicamentos de quimioterapia, radioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare Parte B de Medicare.
<b>Servicios de diálisis</b>	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
<b>Beneficios dentro de la red no cubiertos por Medicare</b>	Aplicar a los gastos máximos de bolsillo.	Ya no se aplica a los gastos máximos de bolsillo.

## SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea permanecer en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

**Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, estará inscrito automáticamente en nuestro BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a tiempo a un plan de salud de Medicare diferente,
- - O - Puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de

medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 en relación a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea la Sección 6), o llame a Medicare (see Section 8.2).

Usted también puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Ir [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) y haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos". **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Scott and White Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- **Para cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscribáse en el nuevo plan. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribáse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su cobertura. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).
  - - O - Contacte **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

### ¿Hay otros momentos del año en que pueda hacer el cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otros momentos del año. Por ejemplo, personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se

mudan fuera del área de servicio se les puede permitir hacer un cambio en otros momentos del año. Para más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la Evidencia de cobertura.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 del *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés).

El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** a nivel local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de coberturas de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de cobertura. Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa de información de salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede conocer más sobre el Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) visitando su sitio web ([www.tdi.texas.gov/consumer/hicap](http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap))

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán un lapso sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Texas para el VIH (SPAP) y Programa de atención médica renal de Texas (KHC) que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica porVIH de Texas (SPAP) y el Programa de atención de salud renal de Texas (KHC). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en los programas, llame al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090 o el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón, al 1-800-222-3986.

## SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Obtener ayuda de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141. (Solo para TTY, llame al 711.) Estamos disponibles para llamadas telefónicas de las 7 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (tiene detalles sobre los beneficios y gastos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para más detalles, busque en la *Evidencia de cobertura de 2021* para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). Los *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios incluidos en la cobertura y medicamentos recetados. Una copia de la Evidencia de Cobertura se

encuentra en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org/en-us/](http://advantage.swhp.org/en-us/) También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## **Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar 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.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre las coberturas, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).)

### **Lea Medicare y usted 2021**

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2021*. Este manual se envía por correo a las personas con Medicare todos los años en el otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o 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.