



**BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)
es ofrecido por
Scott and White Health Plan**

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO). El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios de la cobertura. *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?
 - Consulte las secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre cambios en los costos y beneficios de nuestra cobertura.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Serán incluidos sus medicamentos en la cobertura?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con gastos 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 mire en 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 gastos 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 cobertura 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?
 - Mire en la sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de prestadores.
- 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 cobertura con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestra cobertura.

2. **COMPARAR:** Aprenda sobre otras opciones de coberturas

- Verifique la cobertura y los costos de las coberturas en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
 - Mire en la sección 4.2 para aprender más sobre sus elecciones.
- Una vez que limite su elección a una cobertura preferida, confirme sus costos y cobertura en el sitio web de la cobertura.

3. **ESCOGER:** Decida si quiere cambiar su cobertura

- Si no se inscribe en otra cobertura antes del 7 de diciembre de 2020, estará inscrito en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).
- Para cambiar a una **cobertura diferente** para satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de coberturas, únase a una cobertura entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otra cobertura antes **del 7 de diciembre de 2020**, estará inscrito en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

- Si se afilia a otra cobertura para **el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Será dado de baja automáticamente de su cobertura actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- 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 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) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)

- BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, 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 "cobertura" o "nuestra cobertura", significa BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Resumen de gastos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 para SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) y los costos de 2021 para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) 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. 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)
Prima mensual de la cobertura * *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 2.1 para más detalles.	\$241	\$241.50
Monto máximo de gastos de bolsillo Esto es <u>lo máximo</u> que usted pagará de su bolsillo para sus servicios con cobertura Parte A y Parte B. (Consulte la sección 2.2 para más detalles.)	\$3,400	\$4,500
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita. Visitas de especialistas: Copago de \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita. Visitas de especialistas: Copago de \$0 por visita.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención 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>Copago de \$0 para atención hospitalaria con cobertura de Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 para atención hospitalaria con cobertura de Medicare.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 2.6 para más detalles.) 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>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$2 • Nivel de medicamento 2: \$12 • Nivel de medicamento 3: \$45 • Nivel de medicamento 4: \$95 • Nivel de medicamento 5: 33% 	<p>Insulinas determinadas copago de \$35.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$2 • Nivel de medicamento 2: \$12 • Nivel de medicamento 3: \$45 • Nivel de medicamento 4: \$95 • Nivel de medicamento 5: 33%

Aviso anual de cambios para 2021

Tabla de contenidos

Resumen de gastos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre de la cobertura	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual	4
Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	4
Sección 2.3 – Cambios en la red de prestadores	5
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	9
SECCIÓN 3 Cambio administrativo.....	12
SECCIÓN 4 Decidir qué cobertura elegir	13
Sección 4.1 – Si desea permanecer en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)...	13
Sección 4.2 – Si usted quiere cambiar de cobertura	14
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar coberturas	15
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	15
¿SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	16
Sección 8.1 – Obtener ayuda de BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)	16
Sección 8.2 – Obtención de ayuda de Medicare	17

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre de la cobertura

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestra cobertura cambiará de SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) a BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

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)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$241	\$241.50

- Su prima mensual de la cobertura 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 "Beneficio adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Por favor vea la sección 7 con respecto a la "Beneficio adicional" de Medicare.

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

Para protegerlo, Medicare exige que todas las coberturas médicas limiten la cantidad que paga "de gastos de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de gastos de bolsillo". Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios con cobertura de la Parte A y Parte B para el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos con cobertura (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Su prima de cobertura y sus costos de los medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,400	\$4,500 Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de prestadores

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.swphp.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 prestadores 2021 para ver si sus prestadores (prestador principal de servicios médicos, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- Aunque nuestra red de prestadores 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 nuestra cobertura para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo prestador 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 prestador calificado para reemplazar a su antiguo prestador 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 cobertura, 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. Las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra 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. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los prestadores 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, *Tabla de beneficios médicos (qué tiene cobertura y qué paga usted)*, en su *Evidencia de Cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Examen físico anual	Usted paga un copago de \$0 por un examen físico anual.	Sin cobertura.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$120 por cada visita de atención de emergencia con cobertura de 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 con cobertura, 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 gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio solo está disponible dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por cada visita de atención de emergencia con cobertura de 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 con cobertura, 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 gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio solo está disponible dentro de los Estados Unidos.</p>
Servicios de apoyo a domicilio	Sin cobertura.	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de cuatro horas de asistencia en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) al año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de diálisis renal	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de diálisis con cobertura de Medicare.	Usted paga 20% de coseguro por servicios de diálisis con cobertura de Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Beneficio de comidas	Sin cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas hospitalarias por año.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga un copago de \$0 para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
Servicios de telesalud	Usted paga un copago de \$0 por servicios de telesalud adicionales con cobertura de Medicare por un PCP.	Usted paga un copago de \$0 por servicios adicionales de telesalud con cobertura de Medicare por un PCP, especialista y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos.
Servicios de transporte	Sin cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.
Servicios de restauración dental	Sin cobertura.	<p>Usted paga un coseguro del 50% por los servicios dentales de restauración.</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 con cobertura se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona de forma electrónica.

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 tengan cobertura 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 medicamento.
 - 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 con cobertura 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 de la cobertura 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 ("Beneficio adicional"), **La información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D mayo No se aplica a usted.** Hemos incluido un documento por separado, llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben beneficio 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 "Beneficio 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. 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)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) para determinadas insulinas. Paga \$35 por determinadas insulinas. Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en su gasto 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 usted puede pagar por medicamentos con cobertura* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, la cobertura paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos estándar.</p> <p>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>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Nivel 4: Marca no preferida: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Nivel 5: Especialidad: Usted paga 33% por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p>Paga \$35 por determinadas insulinas.</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Nivel 4: Marca no preferida: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Nivel 5: Especialidad: Usted paga 33% por receta.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).	Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la etapa de lapso de 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 Premium Rx (HMO) 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 Cambio administrativo

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Centro de enfermería especializada (SNF)	Se requiere una hospitalización de 3 días antes de la admisión a SNF.	Ya no requiere hospitalización antes de la admisión a SNF.
Servicio de Atención Especialidad en Salud Mental	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Servicios de diálisis	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	No se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia. No se aplica el copago si es admitido en el hospital.	Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia. El copago ya no se exime si es admitido en el hospital.
Suministros y servicios para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Servicios educativos sobre enfermedades renales	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Aparatos auditivos	Aparatos auditivos cada dos años.	Audífonos cada tres años.
Farmacia	El nivel 1 incluye lapso sin cobertura.	El nivel 1 ya no incluye lapso sin cobertura.
Beneficios de la red sin cobertura de Medicare	Aplicar a los gastos máximos de bolsillo.	Ya no se aplica a los gastos máximos de bolsillo.

SECCIÓN 4 Decidir qué cobertura elegir

Sección 4.1 – Si desea permanecer en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO)

Para permanecer en nuestra cobertura usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en una cobertura diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, estará inscrito automáticamente en nuestro BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO).

Sección 4.2 – Si usted quiere cambiar de cobertura

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 una cobertura médica de Medicare diferente,
- *O* - Puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a una cobertura de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

Usted también puede encontrar información sobre las coberturas en su área utilizando el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí podrá encontrar información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad para las coberturas de Medicare.**

Como un recordatorio, Scott and White Health Plan ofrece otras coberturas médicas de Medicare y coberturas de medicamentos recetados de Medicare. Estas otras coberturas pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de gastos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a una cobertura médica diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con una cobertura de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. 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 a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar coberturas

Si desea cambiar a una cobertura 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 vigor 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 "Beneficio 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, ver Capítulo 10, Sección 2. 2.3 del *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 cobertura, puede cambiarse a otra cobertura médica de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o 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 Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o cobertura médica). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** a nivel local sobre seguros médicos 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 (<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:

- **"Beneficio adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Beneficio 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 sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia de gastos 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 tienen cobertura de ADAP califican para la asistencia de gasto compartido de medicamentos recetados a través del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica por VIH de Texas (SPAP) y el Programa de atención de salud renal de Texas (KHC). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura 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 Premium Rx (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-314. (Solo 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 Premium Rx (HMO). *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su cobertura. 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. 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. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores (Directorio de prestadores) y nuestra lista de medicamentos con cobertura (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2 – Obtención de 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) Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar las coberturas médicas de Medicare. Usted puede encontrar información sobre las coberturas disponibles en su área utilizando el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre las coberturas, visite www.medicare.gov/plan-compare.)

Lea *Medicare y usted 2021*

Usted puede leer el Manual *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) 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.