

Un plan de Medicare para  
su **Better** versión.

2021  
Guía de  
inscripción

CENTRO DE TEXAS

**BSW SENIORCARE**  
ADVANTAGE • PPO



Scott & White  
HEALTH PLAN



Part of  
**Baylor Scott & White**  
HEALTH

# **Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud incluidos en el Plan BSW SeniorCare Advantage PPO, ofrecido por los Planes de salud Scott and White.**

## **Resumen de beneficios**

**1 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021**

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.

Este folleto le brinda un resumen de lo que incluye la cobertura y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que incluidos en la cobertura ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que incluimos en la cobertura, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) antes del 15 de octubre de 2020.

### **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 y servicios médicos. O utilice el Buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y usted**". Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Cosas que debe saber sobre BSW SeniorCare Advantage PPO**

- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, de las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes.
- Nuestra página web: [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org)

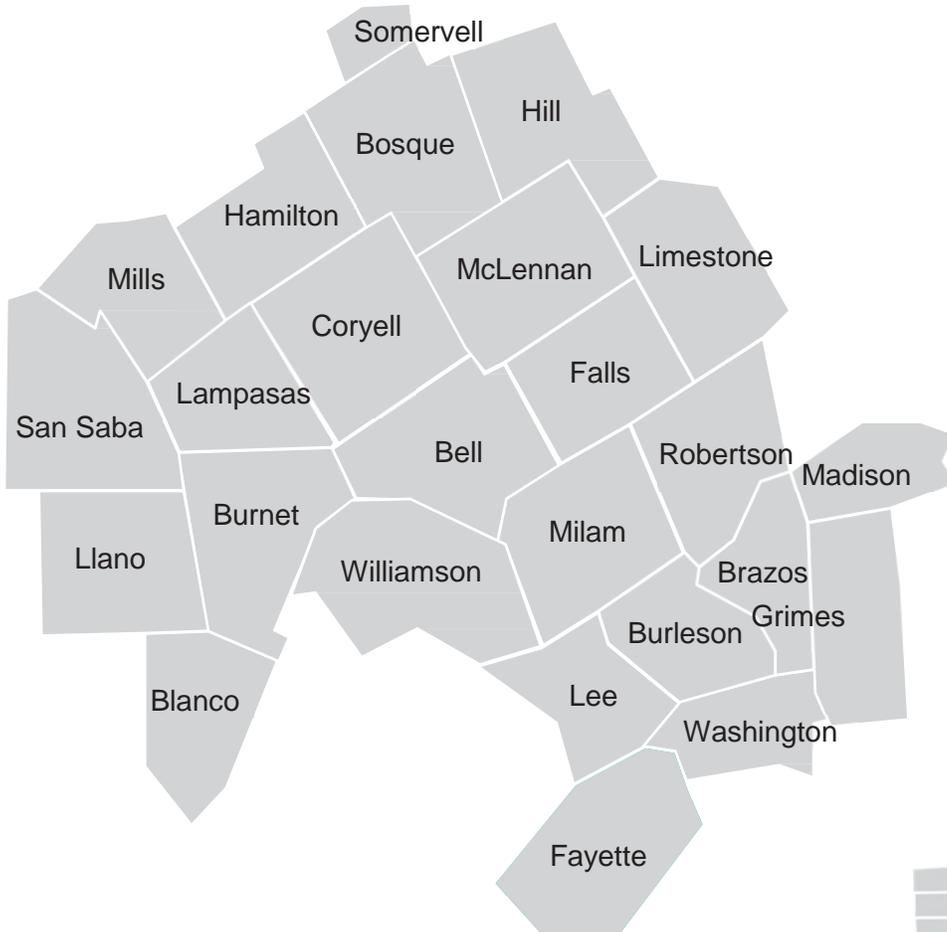
Este documento está disponible en otros formatos, como por ejemplo en letra grande. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés.

### **¿Quién puede unirse?**

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

¿Cual es el área de servicio para el centro de Texas

## **BSW Senior CareAdvantagePPO?**



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

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



## **¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?**

BSW SeniorCare Advantage PPO tiene un directorio de la red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que se pueden encontrar en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). Puede usar proveedores dentro o fuera de la red.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de BSW SeniorCare Advantage PPO, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

## **¿Qué cubrimos?**

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestra cobertura incluye todo lo que está incluido en la cobertura de Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios incluidos en la cobertura de Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestra cobertura de lo que pagaría en Original Medicare. En otros casos, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo incluido en la cobertura de Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

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

## **¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?**

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los cinco "niveles". Deberá usar su Lista de medicamentos para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Puede ver la Lista de medicamentos completa de la cobertura (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org).

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Basic</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Platinum</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$37 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$137 por mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga \$750 por los servicios cubiertos por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
<b>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (<i>no incluye medicamentos recetados</i>)</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$7,000 al año.  <b>Fuera de la red</b> Paga \$10,000 al año. El desembolso máximo no superará los \$ 10,000 para los servicios dentro y fuera de la red combinados.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$4,700 al año.  <b>Fuera de la red</b> Paga \$10,000 al año. El desembolso máximo no superará los \$ 10,000 para los servicios dentro y fuera de la red combinados.
<b>Hospital para hospitalización</b>	<b>Dentro de la red</b> Días 1 - 6: copago de \$325 por día. Días 7 - 90: copago de \$0 por día.  <b>Fuera de la red</b> Días 1 - 6: paga un coseguro del 35%. Días 7 - 90: paga un coseguro del 35%.	<b>Dentro de la red</b> Días 1 - 4: copago de \$200 por día. Días 5 - 90: copago de \$0 cada día.  <b>Fuera de la red</b> Días 1 - 5: paga un coseguro del 25%. Días 6 - 90: paga un coseguro del 25%.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Basic</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Platinum</b>
<p><b>Hospital ambulatorio</b></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$275.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$350.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$100.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>
<p><b>Visitas al doctor</b></p> <p>Prestadores principales de servicios médicos</p> <p>Especialistas</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por visita.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por visita.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25% por visita.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25% por visita.</p>
<p><b>Cuidado preventivo</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$ 0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por visita.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$ 0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25% por visita.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<b>Atención de emergencia</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p>
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, por la misma afección, no se aplica el copago.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Basic</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Platinum</b>
<p><b>Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes</b> (continuación)</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (por ej., resonancia magnética, tomografía computarizada)</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75 - \$300.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 - \$200.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Examen auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Examen auditivo de rutina</p> <p>Audífonos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago. Limitado a 1 visita por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p>Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago. Limitado a 1 visita por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Prima mensual</p> <p>Beneficio anual máximo</p> <p>Deducible</p> <p>Exámenes bucales, limpiezas (cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (cada tres años)</p> <p>Servicios de restauración (cada dos años)</p> <p>Extracciones y rellenos</p> <p>Dentaduras postizas (cada cinco años)</p> <p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de los servicios dentales. Aplican exclusiones y limitaciones. Vea la <i>Evidencia de cobertura</i> para detalles completos sobre el beneficio dental.</p>	<p>Cubierto con prima adicional. Consulte "Dental: beneficio complementario opcional" a continuación.</p>	<p>Incluido.</p> <p>\$2,000</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$ 0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga 50 % de coseguro.</p> <p>Usted paga 50 % de coseguro.</p> <p>Usted paga 50 % de coseguro.</p>
<p><b>Servicios de la vista</b></p> <p>Anteojos</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinados</b></p> <p>Asignación de \$125 para la compra de anteojos cada año.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinados</b></p> <p>Asignación de \$125 para la compra de anteojos cada año.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Basic</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Platinum</b>
<p><b>Servicios de la vista</b> (continuación)</p> <p>Examen de la vista de rutina</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <p>Consulta de paciente hospitalizado</p> <p>Ambulatorio individual o grupal</p> <p>Visita de terapia</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 - 5: copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: copago de \$0 por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por estadía.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 - 5: copago de \$200 por día. Días 6 - 90: copago de \$0 por día</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25% por estadía.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$176 por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 - 20: paga un coseguro del 35% por día. Días 21 - 100: Usted paga un coseguro del 35% por día.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$50 por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 - 20: paga un coseguro del 25% por día. Días 21 - 100: paga un coseguro del 25% por día.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Basic	BSW SeniorCare Advantage Platinum
<p><b>Fisioterapia</b></p> <p>Consulta de terapia ocupacional</p> <p>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Ambulancia terrestre</p> <p>Ambulancia aérea</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$325.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$325.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>
<p><b>Transporte (rutina adicional)</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> No cubierto.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> No cubierto.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubierto.</p>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Medicamentos de quimioterapia</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Basic</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage Platinum</b>
<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b> (continuación)  Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un coseguro del 20%.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un coseguro del 20%.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.
<b>Programa de bienestar (por ejemplo, condición física o fitness)</b>	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
<b>Atención médica en el hogar</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$ 0 de copago.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$ 0 de copago.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.
<b>Cuidado de los pies (servicios de podología)</b>  Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.
<b>Servicios de teleconsulta: médicos de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de copago.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.
<b>Servicio de tratamiento de opioides</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 25%.

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

### Órdenes médicas y autorizaciones

No se requieren órdenes médicas de su prestador principal de servicios médicos para los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener detalles completos, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) antes del 15 de octubre de 2020.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	<b>Básico</b>	<b>Platino</b>		
<b>Deducible</b>	\$250 se aplican a los Niveles 3, 4 y 5.	\$50 se aplican a los Niveles 3, 4 y 5.		
<b>Cobertura inicial (Después de pagar su deducible, si aplica)</b>	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que el costo anual de sus medicamentos totalice \$4,130. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo. Los gastos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia (por ejemplo, pedidos por correo, atención médica a largo plazo (LTC, en inglés) o infusiones en el hogar, y suministros para 30 o 90 días).</p>			
	<b>Suministro minorista estándar de 30 días</b>	<b>Pedido por correo de 90 días</b>	<b>Suministro minorista estándar de 30 días</b>	<b>Pedido por correo de 90 días</b>
<b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b>	Usted pagas \$3.	Usted paga \$0.	Usted paga \$2.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 2 (Medicamento genérico)</b>	Usted paga \$14.	Usted paga \$0.	Usted paga \$12.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 3 (Marca preferida)</b>	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
<b>Nivel 4 (No preferido)</b>	Usted paga \$99.	Usted paga \$198.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
<b>Nivel 5 (Especialidad)</b>	Usted paga el 28%.	No disponible.	Usted paga el 32%.	No disponible.
<b>Modelo de ahorros para personas mayores de la Parte D</b>	<p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage para determinadas insulinas. Los costos de desembolso personal para determinadas insulinas serán de \$35 durante la etapa de deducible y cobertura inicial. BSW SeniorCare Advantage también ofrece cobertura de brecha adicional para determinadas insulinas. Durante la etapa de lapso de cobertura, sus costos de desembolso personal para determinadas insulinas también serán de \$35.</p>			
<b>Lapso de cobertura</b>	<p>Después de que sus gastos totales de medicamentos (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,130, no pagará más del 25 % de coseguro por medicamentos genéricos o el 25 % de coseguro por medicamentos de marca.</p>			
<b>Cobertura catastrófica</b>	<p>Después de que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,550, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.70 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>			

## Información sobre su beneficio de recetas

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

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

## Dental: beneficio complementario opcional

La cobertura dental es un beneficio complementario opcional para el plan BSW SeniorCare Advantage PPO Basic, disponible por \$20 adicionales por mes.

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

Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de los servicios dentales. Aplican exclusiones y limitaciones. Vea la *Evidencia de cobertura* para detalles completos sobre el beneficio dental.

## **Lista de verificación previa a la inscripción**

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

### **Comprenda los beneficios**

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) o llame al 1-866-334-3141 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de prestadores de servicios médicos (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora sean de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus prescripciones.

### **Comprenda las reglas importantes**

- Además de su prima mensual de la cobertura, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente es deducida de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y / o los copagos / coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.

## 2020 Star Ratings

### Scott and White Health Plan - H2032

#### Calificaciones por estrellas Medicare 2020\*

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2020, Scott and White Health Plan recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.



3.5 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Scott and White Health Plan

Servicios de Planes de Salud:  4.5 estrellas

Servicios de Planes de Medicamentos:  3 estrellas

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

	5 estrellas - excelente
	4 estrellas - por encima del promedio
	3 estrellas - promedio
	2 estrellas - por debajo del promedio
	1 estrella - malo

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Usted nos puede contactar 7 días a la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central al 866-334-3141 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto).

Miembros actuales por favor llamar al 866-334-3141 (libre de cargo) o al 711 (teléfono de texto).

\*Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

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 inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Scott and 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. Scott and White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Scott And White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare, ofrece BSW SeniorCare Advantage PPO a través de su subsidiaria Insurance Company of Scott and White. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

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

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra red.

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 nuestros servicios fuera de la red.