

***BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)
ofrecido por Scott and White Health Plan
(que opera bajo el nombre de
Baylor Scott & White Health Plan)***

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted;

esto puede ayudarle a ahorrar en costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace “tableros de control” (dashboards) en medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. 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 proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.

- Piense acerca de los costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (excepto los principales días festivos).
- Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).
- **La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

- BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Scott and White Health Plan, que opera bajo el nombre de Baylor Scott & White Health Plan, a través de su subsidiaria Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Baylor Scott & White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$37 | \$37 |
| Deducible | Dentro de la red: \$0 | Dentro de la red: \$0 |
| | Fuera de la red: \$750 | Fuera de la red: \$750 |
| Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | De proveedores de la red: \$7,000 | De proveedores de la red: \$7,000 |
| | De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000 | De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000 |
| Consultas en el consultorio del médico | <u>Dentro de la red</u> | <u>Dentro de la red</u> |
| | Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas con un especialista: Copago de \$40 por consulta | Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas con un especialista: Copago de \$40 por consulta |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> | <p><u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Coseguro del 35% por consulta Consultas con un especialista: Coseguro del 35% por consulta</p> | <p><u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Coseguro del 35% por consulta Consultas con un especialista: Coseguro del 35% por consulta</p> |
| <p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Máximo que paga de su bolsillo para una hospitalización aguda: \$1,950 cada estadía. Hospitalización Días 1 - 6: Copago de \$325 cada día. Días 7 - 90: Copago de \$0 cada día. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 - 6: Copago de \$325 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Días 7 - 60: Copago de \$325 por cada hospitalización cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Coseguro del 35%</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Máximo que paga de su bolsillo para una hospitalización aguda: \$1,950 cada estadía. Hospitalización Días 1 - 6: Copago de \$325 cada día. Días 7 - 90: Copago de \$0 cada día. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 - 6: Copago de \$325 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Días 7 - 60: Copago de \$325 por cada hospitalización cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Coseguro del 35%</p> |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, 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 de 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>Insulinas selectas: \$35 por un suministro de 30 días.</p> <p>Copago/coseguro por un suministro de un mes durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 • Medicamentos de Nivel 2: \$14 • Medicamentos de Nivel 3: \$47 • Medicamentos de Nivel 4: \$99 • Medicamentos de Nivel 5: 28% | <p>Deducible: \$250 para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Insulinas selectas: \$35 por un suministro de 30 días.</p> <p>Copago/coseguro por un suministro de un mes durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 • Medicamentos de Nivel 2: \$14 • Medicamentos de Nivel 3: \$47 • Medicamentos de Nivel 4: \$99 • Medicamentos de Nivel 5: 28% |

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2022 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... | 5 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 5 |
| Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo | 5 |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores..... | 6 |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias..... | 7 |
| Sección 1.5 – Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos..... | 7 |
| Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... | 9 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos..... | 13 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 14 |
| Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) | 14 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 14 |
| SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan | 15 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 15 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta..... | 16 |
| SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? | 17 |
| Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) | 17 |
| Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare | 17 |

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$37 | \$37 |
| Prima del beneficio complementario de odontología | \$20 | \$20 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|---|-----------------|--|
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | \$7,000 | <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 sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p> |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta para pacientes externos no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.</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 sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> |

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web advantage.swhp.org, se encuentra disponible un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que 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 enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web advantage.swhp.org, se encuentra disponible un *Directorio de farmacias* actualizado. 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 2022 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT)
- Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|--|---|
| Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar | Se requiere autorización previa. | Ya no se requiere autorización previa. |
| Programas educativos sobre salud y bienestar | No se ofrece un rastreador de actividad. | Los miembros pueden solicitar un Fitbit o un Garmin de Silver&Fit® y rastrear su actividad a través de Connected! Beneficio ofrecido con el Programa de ejercicio y envejecimiento saludable de Silver&Fit®. Ingrese o inscribese en silverandfit.com o llamando al 1-877-427-4788. |
| Servicios especializados de salud mental | Se requiere autorización previa. | Ya no se requiere autorización previa. |
| Servicios de terapia ocupacional | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 35% por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 35% por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|---|--|--|
| Otros servicios profesionales de atención de la salud | Se requiere autorización previa. | Ya no se requiere autorización previa. |
| Servicios de fisioterapia y terapia del habla | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 35% por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 35% por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> |
| Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$176 cada día por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 35% por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare. El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. Se requiere autorización previa.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$188 cada día por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 35% por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare. El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. Se requiere autorización previa.</p> |

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y 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 saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra 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 a Servicio al Cliente.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicio al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el 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 nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted todavía puede consultar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of

Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 1 de octubre, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$250.</p> <p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) para insulinas selectas. Usted paga \$35 por un suministro de 30 días.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de costo compartido por medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido, \$14 de costo compartido por medicamentos de Nivel 2: Genérico, y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido y Nivel 5: De especialidad hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$250.</p> <p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) para insulinas selectas. Usted paga \$35 por un suministro de 30 días.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de costo compartido por medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido, \$14 de costo compartido por medicamentos de Nivel 2: Genérico, y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido y Nivel 5: De especialidad hasta que alcance el deducible anual.</p> |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

| Etapa | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de 30 días para insulinas selectas.</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido: Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico: Usted paga \$14 por receta.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: Usted paga \$99 por receta.</p> <p>Nivel 5: De especialidad: Usted paga el 28% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro de 30 días para insulinas selectas.</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido: Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico: Usted paga \$14 por receta.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: Usted paga \$99 por receta.</p> <p>Nivel 5: De especialidad: Usted paga el 28% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p> |

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) ofrece cobertura adicional durante el periodo sin cobertura para insulinas selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para insulinas selectas serán \$35 por un suministro de 30 días.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Estado de cuenta mensual sobre el descuento de la prima o la multa por inscripción tardía de la parte D del cheque de la Administración del Seguro Social</p> | <p>Los miembros cuya prima o multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque del Seguro Social reciben un estado de cuenta mensual de Baylor Scott & White Health Plan.</p> | <p>Los miembros cuya prima o multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque del Seguro Social NO recibirán un estado de cuenta mensual de Baylor Scott & White Health Plan. Los miembros que prefieren continuar recibiendo un estado de cuenta mensual pueden presentar una solicitud a Servicio al Cliente 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (excepto los principales días festivos).</p> |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Baylor Scott & White Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese 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 con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente.

- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse 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 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (Texas Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de

Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP), visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) para el VIH de Texas y Programa para la salud renal (Kidney Health Care Program, KHC) de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 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 seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y de estado de VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) para el VIH de Texas y el Programa para la

salud renal (KHC) de Texas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en los programas, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) al 1-800-255-1090 o al Programa para la salud renal al 1-800-222-3986.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al 1-866-334-3141. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.