

# Plan Year 2023-24 Benefits Summary



## Fully Covered Healthcare Services

Preventive Services	No Charge
<b>Standard Lab and X-Ray</b>	<b>No Charge</b>
Disease Management and Complex Case Management	No Charge
Well Child Care Annual Exams	No Charge
Immunizations (age appropriate)	No Charge
Nurse Advice Line 877.505.7947	No Charge
<b>Telehealth (MyBSWHealth and MDLIVE)</b>	<b>\$0 copay</b>

## Plan Provisions

Annual Deductible	\$2,400 Individual/ \$4,800 Family
Annual out-of-pocket maximum (including medical and prescription copays and coinsurance)	\$8,150 Individual/ \$16,300 Family (includes combined Medical and Rx copays, deductibles and coinsurance)
Lifetime Paid Benefit Maximum	None

## Outpatient Services

Primary Care <sup>1</sup> (adults 19+)	\$20 Copay First Primary Care Visit for Illness - \$0 Copay <sup>2</sup>
<b>Primary Care Dependents<sup>1</sup> (0-18)</b>	<b>\$0 Copay<sup>2</sup></b>
After-Hours Primary Care Clinics	\$20 copay
Specialty Care	\$70 copay
Other Outpatient Services	25% after deductible <sup>3</sup>
Diagnostic/Radiology Procedures	25% after deductible
Eye Exam (one annually)	No Charge
Allergy Serum & Injections	25% after deductible
Outpatient Surgery	25% after deductible

## Inpatient Services

Overnight hospital stay: includes all medical services including semi-private room or intensive care	25% after deductible
--	----------------------

## Maternity Care

Prenatal Care	No Charge
Inpatient Delivery	25% after deductible
Maternity Care Management <sup>6</sup>	No Charge

## Equipment and Supplies

Preferred Diabetic Supplies and Equipment - Rx only	\$14/\$35 copay; no deductible
Non-Preferred Diabetic Supplies and Equipment - Rx only	50% after Rx deductible
Durable Medical Equipment/Prosthetics	25% after deductible

## Home Health Services

Home Health Care Visit	\$70 copay
------------------------	------------

## Worldwide Emergency Care

Emergency Medical Transportation	\$40 copay plus 25% of charges after deductible
Emergency Room <sup>5</sup>	\$500 copay after deductible
Urgent Care Facility	\$45 copay

## Prescription Drugs

Annual Benefit Maximum	Unlimited
Rx Deductible per Individual Does not apply to preferred generic drugs	\$200

Ask a BSWHP Pharmacy representative how to save money on your prescriptions.	Retail Quantity (Up to a 30-day supply)	Maintenance Quantity (Up to a 90-day supply) Available at BSW Pharmacies, in-network retail pharmacies and mail order
--	--	---

ACA Preventive*	\$0 copay	\$0 copay
Preferred Generic	\$14 copay	\$35 copay
Preferred Brand	35% after Rx deductible	35% after Rx deductible
Non-Preferred	50% after Rx deductible	50% after Rx deductible

Online Refills	BSWHealthPlan.com/TRS
Mail Order	BSWH: 855.388.3090 OptumRx: 855.205.9182

## Specialty Medications (up to a 30-day supply)

Tier 1	35% after Rx deductible
Tier 2	35% after Rx deductible
Tier 3	35% after Rx deductible

## Diagnostic & Therapeutic Services

Physical and Speech Therapy	\$70 copay
Manipulative Therapy <sup>4</sup>	25% without office visit \$40 plus 25% with office visit

## Wellness

<b>Wondr<sup>6</sup></b>	<b>No Charge</b>
Well-Being Assessment <sup>6</sup>	No Charge
Digital Health Coaching <sup>6</sup>	No Charge

<sup>1</sup>Including all services billed with office visit

<sup>2</sup>Does not apply to wellness or preventive visits

<sup>3</sup>Includes other services, treatments, or procedures received at time of office visit

<sup>4</sup>35 visits per year maximum

<sup>5</sup>Copay waived if admitted within 24 hours

<sup>6</sup>See member guide for additional information

\*See list of ACA preventive drugs on the Pharmacy Benefits page at [BSWHealthPlan.com/TRS](http://BSWHealthPlan.com/TRS)

**Servicios de atención médica con cobertura total**

Servicios preventivos	Sin cargo
<b>Análisis de laboratorio y radiografías estándar</b>	<b>Sin cargo</b>
Administración de enfermedades y administración de casos complejos	Sin cargo
Exámenes anuales de bienestar infantil	Sin cargo
Vacunaciones (correspondientes a la edad)	Sin cargo
Línea de consejería de enfermería 877.505.7947	Sin cargo

**Telesalud (MyBSWHealth y MDLIVE) Copago de \$0**
**Disposiciones del plan**

Deducible anual	\$2,400 por persona/ \$4,800 por familia
Gasto de bolsillo anual máximo (incluidos los copagos y coseguros médicos y por recetas)	\$8,150 por persona/ \$16,300 por familia (incluye copagos, deducibles y coseguros combinados médicos y por receta)
Beneficio pago máximo de por vida	Ninguna

**Servicios para pacientes externos**

Atención primaria <sup>1</sup> (adultos 19+)	Copago de \$20 primera visita de atención primaria por enfermedad: copago de \$0 <sup>2</sup>
--	--

**Dependientes de atención primaria<sup>1</sup> (0-18) Copago de \$0<sup>2</sup>**

Clínicas de atención primaria con horario extendido	Copago de \$20
Atención de especialidad	Copago de \$70
Otros servicios para pacientes externos	25% después del deducible <sup>3</sup>
Procedimientos de diagnóstico/radiológicos	25% después del deducible
Examen de la vista (uno por año)	Sin cargo
Suero e inyecciones para alergias	25% después del deducible
Cirugía ambulatoria	25% después del deducible

**Servicios para pacientes internados**

Estadía durante una noche en el hospital: incluye todos los servicios médicos, incluidas una habitación semiprivada o la atención intensiva	25% después del deducible
---	---------------------------

**Atención de maternidad**

Atención prenatal	Sin cargo
Servicios de parto para pacientes internadas	25% después del deducible
Gestión de la atención de maternidad <sup>6</sup>	Sin cargo

**Equipamiento y suministros**

Suministros y equipamiento preferidos para personas con diabetes - solo farmacia	Copago de \$14/\$35 ; no hay deducible
Suministros y equipamiento no preferidos para personas con diabetes	50% después del deducible por receta
Equipo médico duradero/prótesis	25% después del deducible

**Servicios de salud en el hogar**

Visita de atención médica en el hogar	Copago de \$70
---------------------------------------	----------------

**Atención de emergencia mundial**

Ambulancia y helicóptero	Copago de \$40 más 25% después del deducible
Sala de emergencias <sup>5</sup>	Copago de \$500 después del deducible
Centro de atención de urgencia	Copago de \$45

**Medicamentos con receta**

Beneficio anual máximo	Ilimitado
Deducible por receta	\$200
No se aplica a los medicamentos genéricos preferidos	

<b>Pregúntele a un representante de farmacia de BSWHP cómo ahorrar dinero en sus recetas.</b>	<b>Cantidad minorista</b> (suministro para 30 días como máximo)	<b>Cantidad de mantenimiento</b> (suministro para 90 días como máximo)
	Disponible en farmacias BSW, en farmacias minoristas de la red y mediante pedidos por correo	

ACA Preventive*	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$14	Copago de \$35
Medicamentos de marca preferidos	35% después del deducible por receta	35% después del deducible por receta
Medicamentos no preferidos	50% después del deducible por receta	50% después del deducible por receta

Resurtidos en línea	BSWHealthPlan.com/TRS
Pedidos por correo	BSWH: 855.388.3090 OptumRx: 855.205.9182

**Medicamentos de especialidad (suministro para 30 días como máximo)**

Nivel 1	35% después del deducible por receta
Nivel 2	35% después del deducible por receta
Nivel 3	35% después del deducible por receta

**Servicios de diagnóstico y terapéuticos**

Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$70
Fisioterapia manual <sup>4</sup>	25% sin visita al consultorio \$40 más el 25% con visita al consultorio

**Bienestar**

<b>Wondr Health™<sup>6</sup></b>	<b>Sin cargo</b>
Evaluación de bienestar <sup>6</sup>	Sin cargo
Coaching digital de salud <sup>6</sup>	Sin cargo

<sup>1</sup> Incluidos todos los servicios facturados con la visita al consultorio

<sup>2</sup> No se aplica a las visitas de bienestar ni preventivas

<sup>3</sup> Incluye otros servicios, tratamientos o procedimientos recibidos durante la visita al consultorio.

<sup>4</sup> 35 visitas como máximo por año

<sup>5</sup> Copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas

<sup>6</sup> Consulte la guía para miembros para obtener información adicional

\*Consulte la lista de medicamentos preventivos de ACA en la página de Pharmacy Benefits en [BSWHealthPlan.com/TRS](http://BSWHealthPlan.com/TRS)