

Comparación de planes Medicare Advantage 2024

CENTRO DE TEXAS

/// LA CAPACIDAD DE VIVIR MEJOR



Beneficios del plan médico Vigentes a partir del 1 de enero de 2024

Beneficios del plan médico	HMO-POS Select	HMO-POS Preferred	HMO-POS Premium	HMO-POS Select Rx Assist	PPO Basic ³ (Costos dentro de la red)	PPO Platinum ⁴ (Costos dentro de la red)
Prima mensual (Consulte la nota de la prima de la Parte B a continuación)						
Con la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	\$0	\$135	\$243	\$0*	\$0	\$132
Sin la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. ¹	\$0	\$83	\$199	No disponible	No disponible	No disponible
Reducción de prima de la Parte B (Para planes sin la Parte D) ²	\$50	\$50	\$50	No disponible	No disponible	No disponible
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Máximo a pagar de su bolsillo con la Parte D	\$5,800	\$4,600	\$4,800	\$5,800	\$6,800	\$4,600
Máximo a pagar de su bolsillo sin la Parte D	\$5,900	\$4,500	\$4,500	No disponible	No disponible	No disponible
Examen físico anual	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	No disponible	No disponible
Consultas en consultorio con el proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Consultas en consultorio con el médico de atención especializada (SCP)	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$0	Copago de \$25	Copago de \$40	Copago de \$20
Consulta de telesalud (servicios de PCP, SCP, psiquiatría)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio (es posible que se aplique un copago por consulta aparte)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, SPECT, CTA, CT, PET, cardiología nuclear)	Copago de \$75 a \$300	Copago de \$0 a \$15	Copago de \$0	Copago de \$75 a \$300	Copago de \$75 a \$300	Copago de \$20 a \$200
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla (por consulta)	Copago de \$35	Copago de \$25	Copago de \$10	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$25
Hospital con servicios de internación	Día 1 a 6: \$325/día por estadía Día 7 a 90: \$0/día por estadía	\$700/estadía	\$100/estadía	Día 1 a 6: \$325/día por estadía Día 7 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 6: \$325/día por estadía Día 7 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 5: \$250/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía
Salud mental para pacientes internados	Día 1 a 5: \$318/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía	\$700/estadía	\$100/estadía	Día 1 a 5: \$318/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 5: \$318/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 5: \$250/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$200/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$50/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$15/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$200/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$196/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$50/día
Cirugía para pacientes externos (centro)	Copago de \$325	Copago de \$15	Copago de \$0	Copago de \$325	Copago de \$350	Copago de \$100
Centro quirúrgico ambulatorio (centro)	Copago de \$250	Copago de \$100	Copago de \$0	Copago de \$250	Copago de \$275	Copago de \$75
Ambulancia con la Parte D	Copago de \$300	Copago de \$75	Copago de \$40	Copago de \$300	Copago de \$325	Copago de \$75
Ambulancia sin la Parte D	Copago de \$265	Copago de \$75	Copago de \$40	No disponible	No disponible	No disponible
Atención de emergencia (dentro de los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$90	Copago de \$90	Copago de \$90	Copago de \$90
Atención de urgencia (dentro de los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$50	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50
Servicios de emergencia/urgencia (fuera de los EE. UU.)	Copago de \$0 Máximo de \$5,000	Copago de \$0 Máximo de \$5,000	Copago de \$0 Máximo de \$5,000	Copago de \$0 Máximo de \$5,000	Copago de \$0 Máximo de \$5,000	Copago de \$0 Máximo de \$5,000
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Copago de \$0	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Podiatría	Copago de \$40	Copago de \$15	Copago de \$0	Copago de \$40	Copago de \$45	Copago de \$45
Medicamentos de quimioterapia	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %
Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %	Coseguro del 0 % al 20 %

Esta no es una descripción completa de los beneficios. Consulte la Evidencia de cobertura del plan en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.bswhealthplan.com/Medicare).

¹Si tiene la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D a través de otra aseguradora, la cobertura para sus medicamentos finalizará cuando comience su nuevo plan BSW SeniorCare Advantage. Los planes Medicare Advantage no permiten que los miembros tengan cobertura médica y cobertura de medicamentos con receta a través de dos planes Medicare Advantage diferentes. (Los planes de medicamentos con receta independientes [PDP] se consideran planes Medicare Advantage). Si se inscribe en un plan médico de BSW SeniorCare Advantage sin cobertura de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si intenta inscribirse para obtener cobertura de medicamentos con receta más adelante.

²Algunos planes sin la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D pagan una prima de la Parte B. Esta reducción se aplica a su cheque del Seguro Social. Para obtener más información, ingrese en ssa.gov.

³Para ayudar a maximizar los beneficios de BSW SeniorCare Advantage PPO, acuda a proveedores de la red para recibir atención; el costo compartido fuera de la red para el plan Basic PPO es del 35 %. Hay un costo máximo a pagar de su bolsillo de \$10,000 para los servicios recibidos fuera de la red.

⁴Para ayudar a maximizar los beneficios de BSW SeniorCare Advantage PPO, acuda a proveedores de la red para recibir atención; el costo compartido fuera de la red para el plan Platinum PPO es del 30 %. Hay un costo máximo a pagar de su bolsillo de \$8,950 para los servicios recibidos fuera de la red.

La Ayuda adicional, también conocida como Subsidio por Bajos Ingresos, es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar las primas, los deducibles, el coseguro y otros costos de la cobertura para los medicamentos de Medicare (Parte D). También exige a quienes califican de tener que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D. En el plan Select Rx Assist, si califica para recibir Ayuda adicional, su prima mensual es de \$0 y recibe sus medicamentos con receta cubiertos por \$0. Si no califica, pagará una prima mensual de \$28.40 y un 25 % del costo de los medicamentos cubiertos después de un deducible de \$545.

Descubra si califica para recibir Ayuda adicional:

[Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs); o bien la Administración del Seguro Social en ssa.gov/medicare/part-d-extra-help

Beneficios dentales y para recetas

Vigentes a partir del 1 de enero de 2024

Beneficios de medicamentos con receta (aplica a planes solo con la Parte D)	HMO-POS Select Rx	HMO-POS Preferred Rx	HMO-POS Premium Rx	HMO-POS Select Rx Assist	PPO Basic	PPO Platinum
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0*	\$250 (Se aplica a los niveles 3 a 5)	\$50 (Se aplica a los niveles 3 a 5)
Monto de la cobertura inicial	\$5,030	\$5,030	\$5,030	\$5,030*	\$5,030	\$5,030
Copagos minoristas durante el período de cobertura inicial (suministro de 30 días)	Farmacia preferida/estándar					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0/\$10	Copago de \$0/\$8	Copago de \$0/\$7	Copago de \$0*	Copago de \$0/\$5	Copago de \$0/\$5
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$13/\$20	Copago de \$8/\$15	Copago de \$5/\$12	Copago de \$0*	Copago de \$7/\$14	Copago de \$5/\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47/\$47	Copago de \$45/\$45	Copago de \$45/\$45	Copago de \$0*	Copago de \$47/\$47	Copago de \$45/\$45
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Copago de \$100/\$100	Copago de \$95/\$95	Copago de \$95/\$95	Copago de \$0*	Copago de \$99/\$99	Copago de \$95/\$95
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Copago de \$0*	Coseguro del 29 %	Coseguro del 32 %
Copagos de pedido por correo	Los Niveles 1 y 2 tienen un copago de \$0 Los Niveles 3 y 4 tienen 2 copagos para un suministro de 90 días					
Después del monto de la cobertura inicial, usted paga lo siguiente:						
Medicamentos genéricos preferidos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Copago de \$0*	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Otros medicamentos genéricos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Copago de \$0*	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Medicamentos de marca	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Copago de \$0*	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Gasto de bolsillo total que paga antes de la cobertura en caso de catástrofe	\$8,000	\$8,000	\$8,000	\$8,000*	\$8,000	\$8,000
Montos de la cobertura en caso de catástrofe, usted paga lo siguiente:	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0*	Copago de \$0	Copago de \$0

Incluso si no ha pagado su deducible, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido y sin costo para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

Beneficios dentales (para todos los planes)	
Prima mensual	Se incluye
Máximo anual de beneficios	\$3,500
Deducible	\$0
Exámenes orales: Uno cada 6 meses	\$0
Limpiezas: Una cada 6 meses (Excepción: 3 veces al año para el plan PPO Basic)	\$0
Radiografías dentales (Una radiografía de boca completa cada 60 meses. (Una radiografía de aleta de mordida cada 12 meses).	\$0
Extracciones	\$0
Empastes (Un empaste cada 24 meses cubierto al 100 %. Coseguro del 50 % por los empastes adicionales).	\$0
Prótesis dentales (cada 5 años)	\$0
Servicios restaurativos	Del 0 % al 50 %

HMO-POS Select Rx Assist

\$0 de prima y recetas

* La Ayuda adicional, también conocida como Subsidio por Bajos Ingresos, es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar las primas, los deducibles, el coseguro y otros costos de la cobertura para los medicamentos de Medicare (Parte D). También exime a quienes califican de tener que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D.

En el plan Select Rx Assist, si califica para recibir Ayuda adicional,* su prima mensual es de \$0 y recibe sus medicamentos con receta cubiertos por \$0.

Si no califica, pagará una prima mensual de \$28.40 y un 25 % del costo de los medicamentos cubiertos después de un deducible de \$545.

Descubra si califica:

[Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs); O BIEN

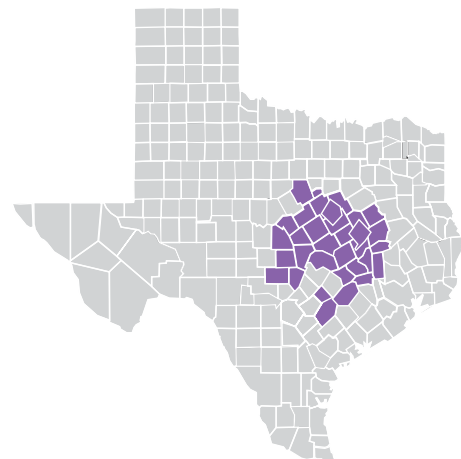
la Administración del Seguro Social en [ssa.gov/medicare/part-d-extra-help](https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help)

Beneficios complementarios

Vigentes a partir del 1 de enero de 2024

Beneficios complementarios	HMO-POS Select	HMO-POS Preferred	HMO-POS Premium	HMO-POS Select Rx Assist	PPO Basic	PPO Platinum
Examen de la vista de rutina (uno al año; debe acudir a un proveedor de la red)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Lentes (anualmente; debe acudir a un proveedor de la red) Con la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Asignación de \$150 Asignación de \$125	Asignación de \$125 Asignación de \$125	Asignación de \$125 Asignación de \$125	Asignación de \$150 No disponible	Asignación de \$150 No disponible	Asignación de \$150 No disponible
Examen auditivo de rutina (uno por año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Audífonos (cada 3 años) Con la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Asignación de \$1,500 Asignación de \$1,000	Asignación de \$1,000 Asignación de \$1,000	Asignación de \$1,000 Asignación de \$1,000	Asignación de \$1,500 No disponible	Asignación de \$1,000 No disponible	Asignación de \$1,500 No disponible
Membresía de acondicionamiento físico (programas de acondicionamiento físico en casa, rastreador de actividades o membresía de gimnasio o club de acondicionamiento físico en las ubicaciones de Silver&Fit participantes y YMCA)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC) (debe usar la tarjeta para OTC de la red en los minoristas participantes; no se acumula) Con la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	\$50 por trimestre \$30 por trimestre	\$30 por trimestre \$30 por trimestre	\$30 por trimestre \$30 por trimestre	\$50 por trimestre No disponible	\$30 por trimestre No disponible	No disponible No disponible
Comidas a domicilio (Reciba 14 comidas por alta del hospital en su hogar; límite de 3 altas por año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	No disponible	No disponible
Transporte de rutina (hasta 24 viajes de ida o de vuelta por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por trayecto)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	No disponible	No disponible

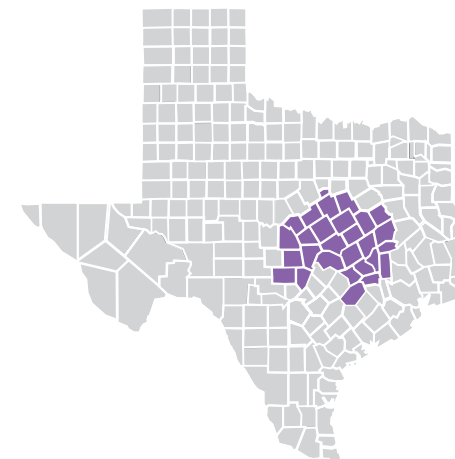
Área de cobertura de HMO-POS



Los condados en el área de servicio de HMO-POS del centro de Texas son los siguientes:

Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, Williamson

Área de cobertura de PPO



Los condados en el área de servicio de PPO del centro de Texas son los siguientes:

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

Nuestra misión

Baylor Scott & White Health, fundada como un ministerio cristiano de la sanación hace más de 100 años, promueve el bienestar de todas las personas, las familias y las comunidades.

¡Obtenga más información hoy!

MyBSWMedicare.com



Baylor Scott & White
Health Plan

BSW SENIORCARE
ADVANTAGE®

Baylor Scott & White Health Plan ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS como una organización de Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Care Plan ofrece los planes Covenant Health Advantage HMO como una organización de MA a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage PPO como una organización de MA a través de un contrato con Medicare. La inscripción en uno de estos planes depende de la renovación del contrato del plan de salud con Medicare.

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

No está relacionado ni respaldado por el gobierno de los Estados Unidos ni por el programa federal de Medicare.