

Comparación de planes Medicare Advantage 2024

NORTE 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 Select Rx	HMO-POS Select Rx Assist	PPO ³ (Costos dentro de la red)
Prima mensual (Consulte la nota de la prima de la Parte B a continuación)	\$0 ¹	\$0	\$0*	\$0
Reducción de prima de la Parte B (Para planes sin la Parte D) ²	\$50	No disponible	No disponible	No disponible
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo	\$5,550	\$5,000	\$5,000	\$6,400
Examen físico anual	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	No disponible
Consultas en consultorio con el proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Consultas en consultorio con el médico de atención especializada (SCP)	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$40
Consulta de telesalud (servicios de PCP, SCP, psiquiatría)	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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, SPECT, CTA, CT, PET, cardiología nuclear)	Copago de \$75 a \$200	Copago de \$75 a \$200	Copago de \$75 a \$200	Copago de \$75 a \$300
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla (por consulta)	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35
Hospital con servicios de internación	Día 1 a 5: \$200/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 5: \$200/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 5: \$200/día por estadía Día 6 a 90: \$0/día por estadía	Día 1 a 6: \$325/día por estadía Día 7 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	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: \$318/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: \$200/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$200/día	Día 1 a 20: \$0/día Día 21 a 100: \$200/día
Cirugía para pacientes externos (centro)	Copago de \$275	Copago de \$275	Copago de \$275	Copago de \$350
Centro quirúrgico ambulatorio (centro)	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$275
Ambulancia	Copago de \$265	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$325
Atención de emergencia (dentro de los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$90	Copago de \$100	Copago de \$90	Copago de \$100
Atención de urgencia (dentro de los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$50	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			
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20 %			
Podiatría	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$45
Medicamentos de quimioterapia	Coseguro del 0 % al 20 %			
Otros medicamentos de la Parte B	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 u 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 es del 35 %. Hay un gasto máximo de bolsillo de \$10,000 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 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 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	HMO-POS Select Rx	HMO-POS Select Rx Assist	PPO (Costos dentro de la red)
Deducible	No disponible	\$0	\$0*	\$300 (Se aplica a los niveles 3 a 5)
Monto de la cobertura inicial	No disponible	\$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	No disponible	Copago de \$0/\$10	Copago de \$0*	Copago de \$0/\$5
Nivel 2: Medicamentos genéricos	No disponible	Copago de \$13/\$20	Copago de \$0*	Copago de \$7/\$14
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	No disponible	Copago de \$47/\$47	Copago de \$0*	Copago de \$47/\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	No disponible	Copago de \$100/\$100	Copago de \$0*	Copago de \$99/\$99
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	No disponible	Coseguro del 33 %	Copago de \$0*	Coseguro del 28 %
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	No disponible	Coseguro del 25 %	Copago de \$0*	Coseguro del 25 %
Otros medicamentos genéricos	No disponible	Coseguro del 25 %	Copago de \$0*	Coseguro del 25 %
Medicamentos de marca	No disponible	Coseguro del 25 %	Copago de \$0*	Coseguro del 25 %
Gasto de bolsillo total que paga antes de la cobertura en caso de catástrofe	No disponible	\$8,000	\$8,000*	\$8,000
Montos de la cobertura en caso de catástrofe, usted paga lo siguiente:	No disponible	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: 3 por año (Excepción: Una cada 6 meses para HMO-POS Select)	\$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 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:

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

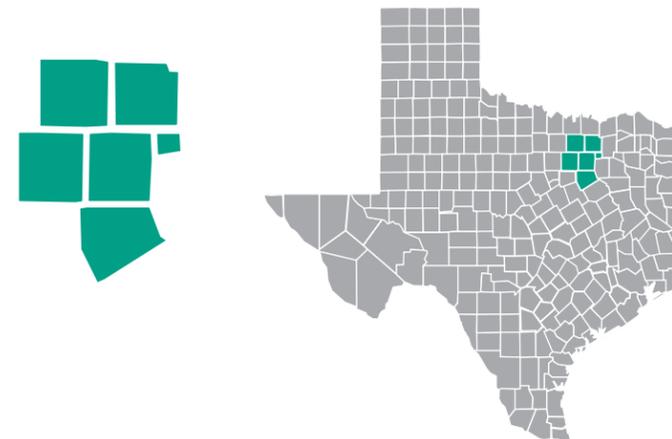
la Administración del Seguro Social en [ssa.gov/medicare/part-d-extra-help](https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help)

Beneficios complementarios

Vigentes a partir del 1 de enero de 2024

Beneficios complementarios	HMO-POS Select	HMO-POS Select Rx	HMO-POS Select Rx Assist	PPO (Costos dentro de la red)
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
Lentes (anualmente; debe acudir a un proveedor de la red)	Asignación de \$125	Asignación de \$125	Asignación de \$125	Asignación de \$150
Examen auditivo de rutina (uno por año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Audífonos (cada 3 años)	Asignación de \$1,000	Asignación de \$1,000	Asignación de \$1,000	Asignación de \$1,000
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
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC) (debe usar la tarjeta para OTC de la red en los minoristas participantes; no se acumula)	\$30 por trimestre	\$75 por trimestre	\$75 por trimestre	\$50 por trimestre
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	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	No disponible

Área de cobertura del norte de Texas



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

Collin, Dallas, Denton, Ellis, Rockwall, Tarrant

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



BaylorScott&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.