

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Medicare Advantage HMO

OESTE DE TEXAS

**Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos incluidos en el plan Covenant Health Advantage HMO, ofrecido por Baylor Scott & White Care Plan, una subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan.**

**Resumen de beneficios**

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

Covenant Health Advantage HMO es ofrecido por Baylor Scott & White Care Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. La inscripción en Covenant Health Advantage HMO depende de la renovación del contrato con Medicare.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2024.

**Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Covenant Health Advantage HMO 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. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare & You**” (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 Covenant Health Advantage HMO**

- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-833-442-2405 o TTY 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-833-738-2460 o TTY 711 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Nuestro sitio web: [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare).

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

**¿Quién puede inscribirse?**

Para inscribirse en Covenant Health Advantage HMO, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Crosby, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Lubbock, Lynn y Terry.

# ¿Cuál es el área de servicio en el oeste de Texas para **Covenant Health Advantage HMO**?



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

Crosby, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Lubbock, Lynn y Terry.



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

Covenant Health Advantage HMO tiene un directorio de los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red, que se puede encontrar en nuestro sitio web, en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare). Debe utilizar proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, a menos que el plan autorice lo contrario.

## **¿Qué cubrimos?**

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

Covenant Health Advantage HMO cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                         | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.                                                        | Usted paga \$0 por mes.                                                                               | Usted paga \$0 por mes.<br><br>Covenant Health Advantage (HMO) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="https://www.ssa.gov">SSA.gov</a> para obtener más información. |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                   | Usted paga \$0.                                                                                       | Usted paga \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</b>                                           | Usted paga \$5,900 al año.                                                                            | Usted paga \$5,600 al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Hospital para pacientes internados*</b>                                                                                                         | Días 1-6: Copago de \$325 cada día por estadía.<br>Días 7-90: Copago de \$0 cada día por estadía.     | Días 1-6: Copago de \$325 cada día por estadía.<br>Días 7-90: Copago de \$0 cada día por estadía.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Hospital para pacientes externos*</b><br><br><b>Centro quirúrgico ambulatorio</b><br><br><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b> | Usted paga un copago de \$250 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$275 por consulta.        | Usted paga un copago de \$250 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$275 por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Consultas médicas</b><br><br><b>Proveedores de atención primaria</b><br><br><b>Especialista</b>                                                 | Usted paga un copago de \$0 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$30 por consulta.           | Usted paga un copago de \$0 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$30 por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                                         | Usted paga un copago de \$0.                                                                          | Usted paga un copago de \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Atención de emergencia</b><br>Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.                | Usted paga un copago de \$120 por consulta.                                                           | Usted paga un copago de \$120 por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

\* Se requiere autorización previa.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                         | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de urgencia</b><br>Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago. | Usted paga un copago de \$50 por consulta.                                                            | Usted paga un copago de \$50 por consulta.                                                         |
| <b>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes*</b>                                                                             |                                                                                                       |                                                                                                    |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b>                                                                                     | Usted paga un copago de \$0.                                                                          | Usted paga un copago de \$0.                                                                       |
| <b>Servicios de laboratorio</b>                                                                                                    | Usted paga un copago de \$0.                                                                          | Usted paga un copago de \$0.                                                                       |
| <b>Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI])</b>                                          | Usted paga un copago de \$0 a \$325.                                                                  | Usted paga un copago de \$0 a \$325.                                                               |
| <b>Radiografías para pacientes externos</b>                                                                                        | Usted paga un copago de \$0.                                                                          | Usted paga un copago de \$0.                                                                       |
| <b>Servicios auditivos</b>                                                                                                         |                                                                                                       |                                                                                                    |
| <b>Examen auditivo cubierto por Medicare</b>                                                                                       | Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.                               | Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.                            |
| <b>Examen auditivo de rutina</b><br>Se limita a un examen al año.                                                                  | Usted paga un copago de \$0 por examen.                                                               | Usted paga un copago de \$0 por examen.                                                            |
| <b>Audífonos</b>                                                                                                                   | Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.                                     | Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.                                  |
| <b>Servicios odontológicos</b>                                                                                                     | <b>Dentro y fuera de la red combinados</b>                                                            | <b>Dentro y fuera de la red combinados</b>                                                         |
| <b>Odontología preventiva y de diagnóstico</b>                                                                                     |                                                                                                       |                                                                                                    |
| <b>Exámenes orales:</b><br>Un examen cada seis meses.                                                                              | Copago de \$0 por cada examen oral.                                                                   | Copago de \$0 por cada examen oral.                                                                |

\* Se requiere autorización previa.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios odontológicos (continuación)</b></p> <p><b>Radiografías dentales:</b><br/>Una radiografía de boca completa cada 36 meses.<br/>Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.</p> <p><b>Otros servicios odontológicos de diagnóstico:</b><br/>Radiografías periapicales según sea necesario.</p> <p><b>Profilaxis (limpieza):</b><br/>Una limpieza cada seis meses.</p> <p><b>Máximo anual de beneficios:</b></p> <p><b>Servicios odontológicos integrales</b></p> <p><b>Servicios de restauración:</b><br/>Un empaste por superficie por diente cada 24 meses.<br/>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años.</p> <p><b>Endodoncia:</b><br/>Un tratamiento de conducto por diente de por vida.</p> <p><b>Periodoncia:</b><br/>Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses.<br/>Mantenimiento periodontal por hasta cuatro veces cada año calendario.<br/>Un raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.</p> | <p>Copago de \$0 por cada radiografía.</p> <p>Copago de \$0 por cada radiografía periapical.</p> <p>Copago de \$0 por cada limpieza.</p> <p>\$3,000 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos combinados.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.</p> | <p>Copago de \$0 por cada radiografía.</p> <p>Copago de \$0 por cada radiografía periapical.</p> <p>Copago de \$0 por cada limpieza.</p> <p>\$2,500 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos combinados.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.</p> |

\* Se requiere autorización previa.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                          | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios odontológicos (continuación)</b></p> <p><b>Prostodoncia, removibles</b><br/>Un par de dentaduras postizas cada cinco años.</p> <p><b>Cirugía oral y maxilofacial</b><br/>Una biopsia por cepillado cada 24 meses.<br/>Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.</p> <p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.</p> <p>Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.</p> <p>Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y</li> <li>• cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.</li> </ul> | <p>Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.</p> <p>Coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.</p> | <p>Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.</p> <p>Coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.</p> |

\* Se requiere autorización previa.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                                                         | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de la vista</b><br><br><b>Lentes y accesorios</b><br>El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto.<br><br><b>Examen de la vista de rutina</b><br><br><b>Examen de la vista cubierto por Medicare</b> | Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.<br><br>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.<br><br>Usted paga un copago de \$40 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare. | Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.<br><br>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.<br><br>Usted paga un copago de \$40 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare. |
| <b>Servicios de salud mental</b><br><br><b>Hospitalización*</b><br><br><b>Terapia individual o grupal para pacientes externos</b>                                                                                                                                                            | Días 1-5: Copago de \$318 cada día por estadía.<br>Días 6-90: Copago de \$0 cada día por estadía.<br><br>Usted paga un copago de \$30 por consulta.                                                                                           | Días 1-5: Copago de \$318 cada día por estadía.<br>Días 6-90: Copago de \$0 cada día por estadía.<br><br>Usted paga un copago de \$30 por consulta.                                                                                           |
| <b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b>                                                                                                                                                                                       | Días 1-20: Copago de \$0 cada día.<br>Días 21-100: Copago de \$214 cada día.                                                                                                                                                                  | Días 1-20: Copago de \$0 cada día.<br>Días 21-100: Copago de \$214 cada día.                                                                                                                                                                  |
| <b>Fisioterapia</b><br><br><b>Terapia ocupacional</b><br><br><b>Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</b>                                                                                                                                                                          | Usted paga un copago de \$35 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$35 por consulta.                                                                                                                                                  | Usted paga un copago de \$35 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$35 por consulta.                                                                                                                                                  |
| <b>Servicio de ambulancia</b><br><br><b>Ambulancia terrestre</b><br><br><b>Ambulancia aérea*</b>                                                                                                                                                                                             | Usted paga un copago de \$300.<br><br>Usted paga un copago de \$300.                                                                                                                                                                          | Usted paga un copago de \$265.<br><br>Usted paga un copago de \$265.                                                                                                                                                                          |
| <b>Transporte (adicional, de rutina)</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | No está cubierto.                                                                                                                                                                                                                             | No está cubierto.                                                                                                                                                                                                                             |

\* Se requiere autorización previa.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b><br><br><b>Medicamentos de quimioterapia</b><br>Puede ser necesaria una autorización previa.<br>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.<br><b>Otros medicamentos de la Parte B</b><br>Puede ser necesaria una autorización previa.<br>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.<br>Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina. | Usted paga un coseguro del 0%-20%.<br><br>Usted paga un coseguro del 0%-20%.                          | Usted paga un coseguro del 0%-20%.<br><br>Usted paga un coseguro del 0%-20%.                       |
| <b>Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No está cubierto.                                                                                     | No está cubierto.                                                                                  |
| <b>Atención médica a domicilio*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                             | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                          |
| <b>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)</b><br>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usted paga un copago de \$40 por consulta.                                                            | Usted paga un copago de \$40 por consulta.                                                         |
| <b>Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                             | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                          |
| <b>Servicio de tratamiento de opioides*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Usted paga un copago de \$45 por consulta.                                                            | Usted paga un copago de \$45 por consulta.                                                         |
| <b>Beneficio de comidas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No está cubierto.                                                                                     | No está cubierto.                                                                                  |

\* Se requiere autorización previa.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                                                                                | <b>Covenant Health Advantage Rx (HMO)</b><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                        | <b>Covenant Health Advantage (HMO)</b><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Artículos de venta libre</b>                                                                                                                                                                                           | Asignación deslice y ahorre de \$90 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.                  | Asignación deslice y ahorre de \$30 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.                  |
| <b>Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</b><br><br><b>Atención de emergencia</b><br><br><b>Atención de urgencia</b><br><br><b>Transporte de emergencia/urgencia</b><br><br><b>Máximo anual de beneficios</b> | Usted paga un copago de \$0 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$0 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$0 por viaje.<br><br>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000. | Usted paga un copago de \$0 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$0 por consulta.<br><br>Usted paga un copago de \$0 por viaje.<br><br>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000. |

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

### **Remisiones y autorizaciones**

No se requieren remisiones de su proveedor de atención primaria para servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener todos los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2024.

\* Se requiere autorización previa.

| Medicamentos con receta para pacientes externos |                                                                                                                    |                                           |                                            |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                                                 | Covenant Health Advantage Rx (HMO)                                                                                 |                                           |                                            |
| <b>Deducible</b>                                | \$0                                                                                                                |                                           |                                            |
|                                                 | Cobertura inicial                                                                                                  |                                           |                                            |
|                                                 | Suministro minorista estándar de 30 días                                                                           | Suministro minorista preferido de 30 días | Suministro de pedido por correo de 90 días |
| <b>Nivel 1</b><br>(Genéricos preferidos)        | Usted paga \$5.                                                                                                    | Usted paga \$0.                           | Usted paga \$0.                            |
| <b>Nivel 2</b><br>(Genéricos)                   | Usted paga \$10.                                                                                                   | Usted paga \$5.                           | Usted paga \$0.                            |
| <b>Nivel 3</b><br>(De marca preferida)          | Usted paga \$47.                                                                                                   | Usted paga \$47.                          | Usted paga \$94.                           |
| <b>Nivel 4</b><br>(Medicamentos no preferidos)  | Usted paga \$100.                                                                                                  | Usted paga \$100.                         | Usted paga \$200.                          |
| <b>Nivel 5</b><br>(De especialidad)             | Usted paga el 33% del costo.                                                                                       | Usted paga el 33% del costo.              | No disponible.                             |
| <b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>   | Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$2,000, usted pagará \$0. |                                           |                                            |

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada insulina cubierta, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

### Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

Puede consultar el formulario (Lista de medicamentos) y cualquier restricción de este en nuestro sitio web. Los costos de algunos medicamentos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Para consultar el formulario (Lista de medicamentos) y el directorio de farmacias, visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare).

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que le ayuda a administrar los costos de medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago se combina con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.**

Lo alentamos a que nos informe de inmediato si, después de convertirse en miembro, tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos con receta. Para obtener ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-833-442-2405 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

## 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 1-833-442-2405 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

### Comprenda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame al 1-833-442-2405 para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- ☐ Si su plan incluye cobertura de la Parte D, revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Comprenda las reglas importantes

- ☐ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se debita de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- ☐ Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.



Multi-Language  
Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-442-2405. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-442-2405. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-442-2405。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-442-2405。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-442-2405. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-442-2405. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-442-2405 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-442-2405. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-442-2405 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-442-2405. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-833-442-2405 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-442-2405 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-442-2405. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-442-2405. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-442-2405. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-442-2405. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-442-2405 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



BaylorScott&White  
Health Plan

CovenantHealth   
Advantage

## Aviso de No Discriminación

---

Baylor Scott & 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. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [HPCompliance@BSWHealth.org](mailto:HPCompliance@BSWHealth.org)

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer  
1206 West Campus Drive, Suite 151  
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o  
<https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Covenant Health Advantage HMO es ofrecido por Baylor Scott & White Care Plan, una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare y subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. La inscripción en Covenant Health Advantage HMO depende de la renovación del contrato con Medicare.

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