2027

Resumen de Beneficios

Obtenga la atención que necesita y el servicio que se merece con **BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select Rx.**

Norte de Texas

Baylor Scott & White Health Plan | BSW SENIORCARE ADVANTAGE • HMO-POS

H8142_007NTXSB2027-SP_M

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos incluidos en el plan BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS), ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan.

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS) es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage 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 antes del 15 de octubre de 2026.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS) 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 Medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **"Medicare & You"** (Medicare y Usted) actual. Consúltelo en línea, en 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 BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)

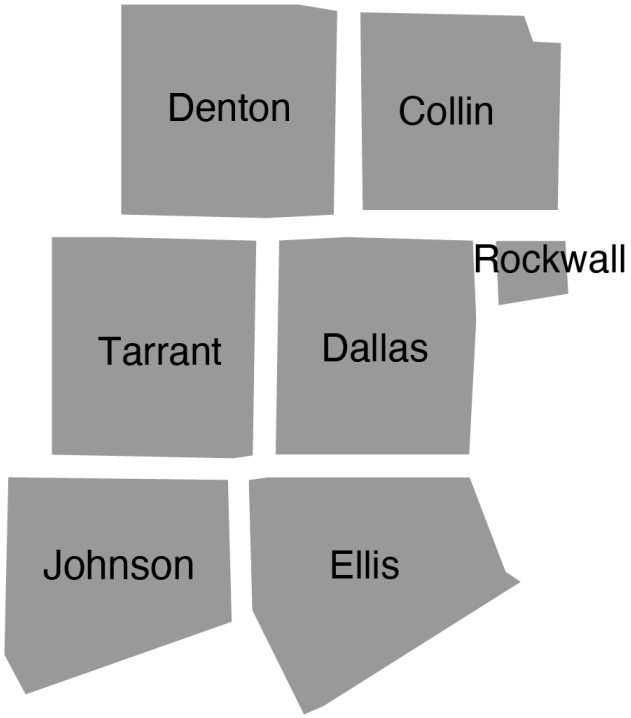
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 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.

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?

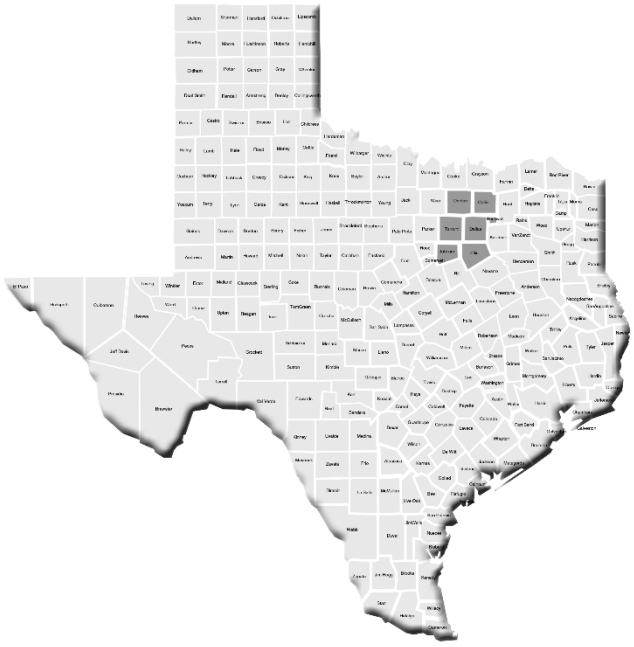
Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS), debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Collin, Dallas, Denton, Ellis, Johnson, Rockwall y Tarrant.

¿Cuál es el área de servicio en el norte de Texas para **BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)?**



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

Collin, Dallas, Denton, Ellis, Johnson, Rockwall y Tarrant.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS) 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. 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.

BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS) cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga $0 por mes.
Deducible	Usted paga $0.
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta de la Parte D)	Usted paga $7,150 al año.
Hospital para pacientes internados*	Usted paga un copago de $305 por día para los días 1-6; copago de $0 por día para los días 7-90.
Hospital para pacientes externos	
Centro quirúrgico ambulatorio*	Usted paga un copago de $250 por consulta.
Servicios hospitalarios para pacientes externos*	Usted paga un copago de $275 por consulta.
Servicios intensivos del programa para pacientes externos	Usted paga un copago de $40 por consulta.
Consultas médicas	
Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de $0 por consulta.
Especialista	Usted paga un copago de $25 por consulta.
Atención preventiva	Usted paga un copago de $0.
Atención de emergencia No se aplica el copago si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.	Usted paga un copago de $130 por consulta.
Servicios de urgencia No se aplica el copago si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.	Usted paga un copago de $50 por consulta.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico*	Usted paga un copago de $0.
Servicios de laboratorio*	Usted paga un copago de $0.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI])*	Usted paga un copago de $0 a $200.
Radiografías para pacientes externos	Usted paga un copago de $0.
Servicios auditivos	
Examen auditivo cubierto por Medicare	Usted paga un copago de $40 por examen auditivo cubierto por Medicare.
Examen auditivo de rutina Se limita a un examen al año.	Usted paga un copago de $0 por examen.
Audífonos	Monto máximo de cobertura del plan de $1,200 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre.
Servicios odontológicos	**Dentro y fuera de la red combinados**
Odontología preventiva y de diagnóstico	
Exámenes orales: Un examen cada seis meses.	Usted paga un copago de $0 por cada examen oral.
Radiografías dentales: Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.	Usted paga un copago de $0 por cada radiografía.
Otros servicios odontológicos de diagnóstico: Radiografías periapicales según sea necesario.	Usted paga un copago de $0 por cada radiografía periapical.
Profilaxis (limpieza): Una limpieza cada seis meses.	Usted paga un copago de $0 por cada limpieza.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)
Servicios odontológicos (continuación) **Otros servicios odontológicos preventivos:** Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar). Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de cobertura* para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico. ***Nota:*** *Hay una cobertura odontológica integral adicional que está disponible por una prima mensual extra. Para obtener detalles, consulte la sección "Odontología: beneficio complementario opcional" a continuación.*	Usted paga un copago de $0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.
Servicios de la vista **Lentes y accesorios**	Monto máximo de cobertura de $200 al año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.
Examen de la vista de rutina	Usted paga un copago de $0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted paga un copago de $40 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.
Servicios de salud mental **Hospitalización***	Usted paga un copago de $318 por día para los días 1-5; copago de $0 por día para los días 6-90.
Terapia individual o grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de $30 por consulta.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	Usted paga un copago de $0 por día para los días 1-20; copago de $221 por día para los días 21-100.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)
Fisioterapia	
Terapia ocupacional	Usted paga un copago de $35 por consulta.
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga un copago de $35 por consulta.
Servicio de ambulancia	
Ambulancia terrestre	Usted paga un copago de $300.
Ambulancia aérea*	Usted paga un copago de $300.
Transporte (adicional, de rutina)	Usted paga un copago de $0 por 12 viajes en una sola dirección por año, o 6 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
Medicamentos de quimioterapia*	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.
Puede ser necesaria una autorización previa.	
Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	
Otros medicamentos de la Parte B*	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.
Puede ser necesaria una autorización previa.	
Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	
Usted no pagará más que un copago de $35 por un suministro para un mes de insulina cubierta, cuando se utiliza en una bomba de insulina.	
Atención médica a domicilio*	Usted paga un copago de $0 por consulta.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Usted paga un copago de $40 por consulta.
Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	
Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas, sesiones individuales o grupales de servicios psiquiátricos, servicios de urgencia y sesiones individuales o grupales para servicios especiales de salud mental.	Usted paga un copago de $0 por consulta.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)
Servicio de tratamiento de opioides*	Usted paga un copago de $45 por consulta.
Beneficio de comidas	Usted paga un copago de $0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (programa de salud cardíaca)	• Copago de $0 por servicios de médicos especialistas en cardiología. • 48 viajes en una sola dirección hasta lugares aprobados por el plan. • Cuatro consultas de 30 minutos por año para el Beneficio nutricional/dietético. Los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) están disponibles únicamente para los miembros con insuficiencia cardíaca crónica que reúnan los requisitos. El hecho de tener insuficiencia cardíaca crónica por sí solo no hace que automáticamente reúna los requisitos para estos beneficios. La elegibilidad también depende de que cumpla con la definición de persona inscrita con enfermedad crónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y con los criterios de elegibilidad para SSBCI del plan. Para conocer todos los requisitos de elegibilidad y los detalles de los beneficios, consulte el Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC), visite BSWHealthPlan.com/HeartHealth o comuníquese con el Servicio al Cliente.

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 los 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 antes del 15 de octubre de 2026.

*** Se requiere autorización previa.**

Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare		
	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)	
Deducible	$500 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.	
	Cobertura inicial	
	Suministro minorista estándar para 30 días	**Suministro de pedido por correo para 90 días**
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga un copago de $0.	Usted paga un copago de $0.
Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga un copago de $10.	Usted paga un copago de $0.
Nivel 3 (De marca preferida)	Usted paga un copago de $47.	Usted paga un copago de $94.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un coseguro del 30%.	Usted paga un coseguro del 30%.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga un coseguro del 28%.	No disponible.
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los $2,400, usted pagará $0.	

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

Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

Puede consultar el formulario (Lista de medicamentos) y cualquier restricción de este en nuestro sitio web. Para consultar el formulario (Lista de medicamentos) y el Directorio de farmacias, visite BSWHealthPlan.com/Medicare.

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago que se combina con su cobertura para medicamentos actual para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo ayuda a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.** Si ya participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2027.

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 1-866-334-3141, 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).

Odontología: beneficio complementario opcional

La cobertura odontológica integral es un beneficio complementario opcional para el plan **BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)**, disponible por un costo adicional de $30 por mes.

Beneficios odontológicos	**BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)**
Prima odontológica opcional mensual	$30 por mes
Máximo anual de beneficios	$2,000
Deducible	Usted paga $0
Servicios odontológicos integrales	
Servicios de restauración:	
Los empastes de resina y amalgama se cubren una vez por superficie, por diente cada 24 meses.	Usted paga un coseguro del 50%.
Las dentaduras postizas se cubren una vez cada 5 años.	Usted paga un coseguro del 50%.
Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos y los puentes se cubren una vez cada 10 años.	Usted paga un coseguro del 75%.
Endodoncia:	Usted paga un coseguro del 75% por cada servicio de endodoncia.
Los tratamientos de conducto se cubren una vez por diente de por vida.	
El recubrimiento pulpar se cubre según sea necesario.	
Se cubre un tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación una vez por diente de por vida.	
Periodoncia:	Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.
Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses.	
Mantenimiento periodontal por hasta dos veces cada año calendario en combinación con limpiezas profilácticas.	
Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.	

Beneficios odontológicos	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)
Prostodoncia, removible	
Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario.	Usted paga un coseguro del 50%.
Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses.	Usted paga un coseguro del 50%.
Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses.	Usted paga un coseguro del 75%.
Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	Usted paga un coseguro del 75%.
Prostodoncia, fija	
Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario.	Usted paga un coseguro del 50%.
Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses.	Usted paga un coseguro del 50%.
Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses.	Usted paga un coseguro del 75%.
Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	Usted paga un coseguro del 75%.
Puentes mediante prostodoncista una vez cada 10 años calendario.	Usted paga un coseguro del 75%.
Cirugía oral y maxilofacial Cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas. Una biopsia por cepillado cada 24 meses. Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.	Usted paga un coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.
Servicios generales complementarios Una consulta cada 12 meses. Moldes de diagnóstico según sea necesario. Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario.	Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio general complementario.

Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de cobertura* para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.

Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.

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:

- cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y
- cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la 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 1-866-334-3141 (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 (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 o llame al 1-866-334-3141 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 dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.

☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprenda las reglas importantes

☐ Además de su prima mensual del plan, 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, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados 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 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, le recomendamos que cancele su póliza de Medigap porque estará pagando una cobertura que no podrá utilizar.

BSW SeniorCare Advantage HMO-POS es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.

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

Baylor Scott & White Health Plan | BSW SENIORCARE ADVANTAGE • HMO-POS