

Plan Year 2023-24 Benefits Summary



Fully Covered Healthcare Services

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

Plan Provisions

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

Outpatient Services

Primary Care ¹ (adults 19+)	\$20 Copay First Primary Care Visit for Illness - \$0 Copay ²
Primary Care Dependents¹ (0-18)	\$0 Copay²
After-Hours Primary Care Clinics	\$20 copay
Specialty Care	\$70 copay
Other Outpatient Services	25% after deductible ³
Diagnostic/Radiology Procedures	25% after deductible
Eye Exam (one annually)	No Charge
Allergy Serum & Injections	25% after deductible
Outpatient Surgery	25% after deductible

Inpatient Services

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

Maternity Care

Prenatal Care	No Charge
Inpatient Delivery	25% after deductible
Maternity Care Management ⁶	No Charge

Equipment and Supplies

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

Home Health Services

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

Worldwide Emergency Care

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

Prescription Drugs

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

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

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

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

Specialty Medications (up to a 30-day supply)

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

Diagnostic & Therapeutic Services

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

Wellness

Wondr⁶	No Charge
Well-Being Assessment ⁶	No Charge
Digital Health Coaching ⁶	No Charge

¹Including all services billed with office visit

²Does not apply to wellness or preventive visits

³Includes other services, treatments, or procedures received at time of office visit

⁴35 visits per year maximum

⁵Copay waived if admitted within 24 hours

⁶See member guide for additional information

*See list of ACA preventive drugs on the Pharmacy Benefits page at BSWHealthPlan.com/TRS

Servicios de atención médica con cobertura total

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

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

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

Servicios para pacientes externos

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

Dependientes de atención primaria¹ (0-18) Copago de \$0²

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

Servicios para pacientes internados

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

Atención de maternidad

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

Equipamiento y suministros

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

Servicios de salud en el hogar

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

Atención de emergencia mundial

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

Medicamentos con receta

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

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

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

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

Medicamentos de especialidad (suministro para 30 días como máximo)

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

Servicios de diagnóstico y terapéuticos

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

Bienestar

Wondr Health™⁶	Sin cargo
Evaluación de bienestar ⁶	Sin cargo
Coaching digital de salud ⁶	Sin cargo

¹ Incluidos todos los servicios facturados con la visita al consultorio

² No se aplica a las visitas de bienestar ni preventivas

³ Incluye otros servicios, tratamientos o procedimientos recibidos durante la visita al consultorio.

⁴ 35 visitas como máximo por año

⁵ Copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas

⁶ Consulte la guía para miembros para obtener información adicional

*Consulte la lista de medicamentos preventivos de ACA en la página de Pharmacy Benefits en BSWHealthPlan.com/TRS