



# Guía de inscripción

**Medicare Advantage PPO** 

**NORTE DE TEXAS** 





Esta guía destaca los beneficios del plan BSW SeniorCare Advantage PPO y le brinda la información que necesita para tomar una decisión informada sobre su plan de beneficios de Medicare.

## Dentro de esta guía

- ▼ Introducción e información sobre la inscripción
- Resumen de beneficios para 2024
- Alcance del formulario de citas
- Solicitud de inscripción
- Calificación con estrellas de Medicare Advantage
- Sobre de correo de respuesta comercial

### Información de contacto

Agente de seguros con licencia/Ventas 1.800.782.5068 TTY: 711

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:** los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Cerrado los días festivos importantes.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Cerrado los días festivos importantes.

Inscríbase en línea
BSWHealthPlan.com/Medicare

**Temple, TX 76502** 

Enviar las solicitudes de inscripción completadas a la siguiente dirección: Baylor Scott & White Health Plan Attn: Enrollment Department 1206 W. Campus Drive Enviar por fax las solicitudes de inscripción completadas al siguiente número:

1.254.298.3334

**Servicio al Cliente 1.866.334.3141** TTY: 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

los 7 días de la semana, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Cerrado los días festivos importantes.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Cerrado los días festivos importantes.

# Cobertura de Medicare Advantage que lo mantiene a usted como eje principal

#### Su presupuesto.

El plan BSW SeniorCare Advantage PPO se elabora teniendo en cuenta no solo su salud, sino también su presupuesto. Este plan de primas de \$0 ofrece un deducible médico de \$0 y un copago de \$0 para médico de atención primaria, y también incluye beneficios para medicamentos con receta y de pedidos por correo.

#### Su médico.

Elija entre una amplia red de proveedores de Baylor Scott & White Health, además de miles de proveedores adicionales dentro de la red en todo el norte y centro de Texas. También disfrutará de la libertad de tener beneficios fuera de la red, cobertura de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo, y la oportunidad de consultar a cualquier médico sin una remisión.

#### Su atención integral.

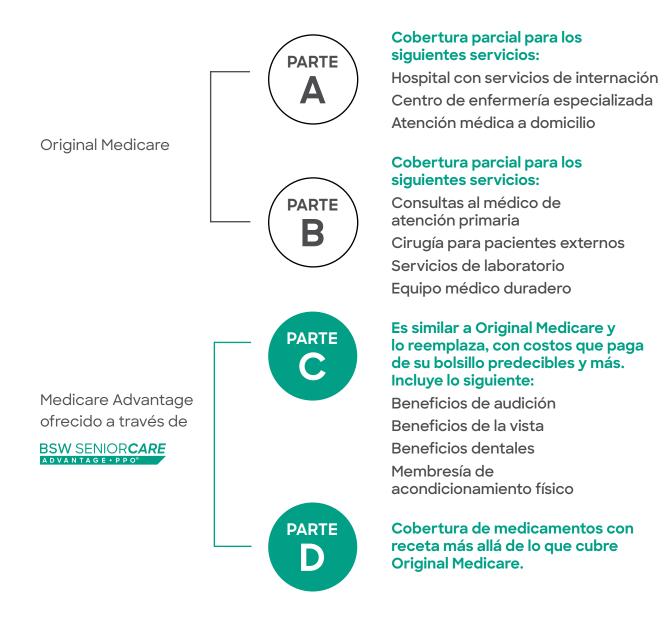
Con BSW SeniorCare Advantage, obtiene todos los beneficios de Original Medicare, además de muchos beneficios complementarios que ayudan a reducir los gastos de bolsillo y hacen la vida más fácil, como lo siguiente:

- Atención de la vista
- Atención de la audición
- Atención dental
- Membresía de acondicionamiento físico
- Asignación para medicamentos de venta libre

Los planes BSW SeniorCare Advantage PPO son ofrecidos por Baylor Scott & White Insurance Company, una subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan.



#### Cómo funciona Medicare



## Requisitos para calificar

- Debe vivir en nuestra área de servicio. Consulte el mapa que se encuentra en el Resumen de beneficios para asegurarse de que viva dentro de nuestra área de servicio.
- Debe estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Debe tener derecho a los beneficios en virtud de la Parte A de Medicare. Si no cuenta con la Parte A de Medicare, puede adquirirla a través del Seguro Social.

## Períodos de inscripción en Medicare



#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL

Usted es elegible para inscribirse en Medicare por primera vez durante los tres meses previos a su cumpleaños número 65, el mes de su cumpleaños y los tres meses siguientes.



#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL

Haga cambios en su cobertura médica y de medicamentos con receta.



#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Los inscritos en Medicare Advantage pueden cambiar de plan o regresar a Original Medicare.



# PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Puede cambiar su cobertura después de un acontecimiento que califica, como si se muda a un área de servicio diferente o si pierde su cobertura actual.

3

Comuníquese con un agente de seguros con licencia llamando al 1.800.782.5068/TTY: 711



## **BSW SeniorCare Advantage**

Inscribirse en un plan Medicare Advantage como BSW SeniorCare Advantage PPO puede ayudar a disminuir sus gastos de bolsillo para la atención médica y proporcionarle muchos beneficios adicionales que no están disponibles a través de Original Medicare.

# ¿Se necesita un médico de atención primaria (PCP) para que administre la atención?

**No.** Con los planes BSW SeniorCare Advantage PPO no es necesario que seleccione un PCP para que administre su atención. Puede consultar a un especialista sin una remisión.

#### ¿Cómo puede saber si su proveedor está en nuestra red?

Antes de inscribirse, pregúntele a su agente de seguros local acerca de nuestros directorios de proveedores o consulte "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en línea en BSWHealthPlan.com/Medicare.

# ¿Cómo puede saber si sus medicamentos con receta están cubiertos?

Pregúntele a su agente de seguros local o visite **BSWHealthPlan.com/Medicare** para ver el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias.

#### ¿Puede recibir tratamiento fuera de la red?

Para maximizar sus beneficios de BSW SeniorCare Advantage PPO, toda la atención (excepto las emergencias) debería ser proporcionada por proveedores de la red; sin embargo, tiene la opción de recibir servicios fuera de la red en el momento del servicio. Pero debe saber que, si usa proveedores fuera de la red, pagará más gastos de su bolsillo.

# Atención coordinada que le da el poder para vivir mejor

Baylor Scott & White Health Plan ofrece una experiencia de atención médica integrada, lo que significa que sus médicos de Baylor Scott & White Health y su plan Medicare Advantage están en el mismo equipo, comparten recursos y colaboran para ofrecerle la mejor experiencia de atención médica posible.

- Sus proveedores de Baylor Scott & White Health y su plan de salud utilizan el mismo sistema de registros médicos electrónicos para monitorear su atención. Colaboran fácilmente y lo liberan de tener que informar y compartir su información con cada uno de sus proveedores.
- Puede acceder a su información médica Y a la información de su plan de salud en el mismo lugar: MyBSWHealth.com.
- También hay una aplicación conveniente cuando necesita su información en el momento (la aplicación MyBSWHealth, disponible en App Store o Google Play).
- MyBSWHealth también es su conexión a visitas de atención virtual con un proveedor de Baylor Scott & White por \$0, en cualquier lugar de Texas.

Atención médica y cobertura bien pensadas y coordinadas, de un sistema en el que puede confiar.







### **Beneficios destacados**

**Atención de la audición.** Como parte de nuestro compromiso con la calidad de vida general de nuestros miembros, ofrecemos servicios auditivos esenciales que no están cubiertos por Original Medicare, incluidos un examen de audición de rutina y una asignación cada tres años para la compra de audifonos.

**Atención de la vista.** Los exámenes de la vista regulares pueden hacer más que ayudar a mantener su visión. También pueden detectar otros problemas de salud graves, como diabetes o hipertensión\*. Nuestros planes para 2024 ofrecen cobertura para un examen de la vista de rutina anual, más una asignación anual para la compra de lentes de contacto, monturas y lentes. Debe utilizar un proveedor de atención de la vista de la red.

**Atención dental.** Original Medicare no cubre la atención dental tradicional, pero el plan BSW SeniorCare Advantage PPO incluye beneficios dentales sin prima adicional a través de MetLife.

El programa de dentistas Preferred Dentist Program (PDP) de MetLife es un beneficio PPO del plan dental. Puede realizar una consulta con cualquier dentista con licencia, dentro o fuera de la red de dentistas MetLife PDP Plus, y recibir beneficios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

Encuentre un dentista participante en MetLife.com.

**Membresía de acondicionamiento físico.** Su plan BSW SeniorCare Advantage PPO incluye beneficios de acondicionamiento físico con el programa Silver&Fit®. Este programa ayuda a mantener o mejorar su acondicionamiento físico con clases, herramientas digitales y recursos para un envejecimiento saludable.

Asignación para medicamentos de venta libre. El plan BSW SeniorCare Advantage PPO incluye una asignación trimestral de compra (según el trimestre calendario) para usar en farmacias minoristas participantes para artículos de venta libre elegibles, como vendajes, medicamentos para el resfriado y la alergia, analgésicos y más.

El plan BSW SeniorCare Advantage PPO incluye beneficios complementarios sin prima adicional.

\*American Academy of Ophthalmology, "20 Surprising Health Problems an Eye Exam Can Catch," por Reena Mukamal, 29 de abril de 2022, American Academy of Ophthalmology, aao.org

# Medicamentos con receta asequibles

En el plan BSW Senior Care Advantage PPO se incluyen beneficios para medicamentos con receta asequibles. Nuestro plan ofrece un deducible de medicamentos con receta de \$300 y copagos reducidos desde \$0 para medicamentos genéricos preferidos. El costo de algunos medicamentos puede ser inferior en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Consulte el directorio de farmacias para encontrar las farmacias preferidas más cercanas.

Los requisitos o límites adicionales respecto a la cobertura de medicamentos con receta incluyen los siguientes:

- Autorización previa: BSW SeniorCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del plan de salud antes de surtir sus recetas.
- Límites de cantidad: la cobertura puede tener un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener durante un período de tiempo específico, generalmente sobre la base de un período de 30 días.
- Terapia escalonada: este proceso se aplica a ciertos medicamentos y hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento.

#### Medicamentos con receta de pedido por correo

También está disponible el servicio de pedido por correo. Los medicamentos con receta del Nivel 1 y del Nivel 2 están disponibles por un copago de \$0; los medicamentos con receta del Nivel 3 y del Nivel 4 están disponibles por dos copagos en lugar de tres para un suministro para 90 días.

Los beneficios son los siguientes:

- Suministros para tres meses de sus medicamentos con la opción de resurtidos automáticos
- Envío estándar gratuito
- Tarmacéuticos disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- ▼ Recordatorios útiles para tomar o resurtir sus medicamentos



Visite BSWHealthPlan.com/Medicare para ver el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias.



# Qué esperar después de la inscripción

#### Ayuda adicional

Si califica para el programa "Ayuda adicional", recibirá información sobre el Subsidio por bajos ingresos dentro de los 7 días posteriores a la inscripción verificada.

#### Confirmación

Recibirá una carta de confirmación dentro de los 7 días posteriores a la inscripción. Esta carta también es la confirmación de que Medicare ha aprobado su formulario de inscripción. Asegúrese de continuar con su cobertura actual hasta que su plan BSW SeniorCare Advantage entre en vigencia.

#### Un kit de nuevo miembro

Después de la confirmación de la inscripción, recibirá su kit de nuevo miembro. Este kit incluirá su Guía de beneficios de membresía que detalla su cobertura, una Evaluación de riesgos de salud (HRA), información de contacto importante del plan, entre otras cosas.

#### Su tarjeta de identificación de miembro

Dentro de los 7 a 10 días hábiles posteriores a su inscripción, recibirá su tarjeta de identificación de miembro. Use su tarjeta de identificación de miembro para acceder a los beneficios.

#### Una llamada de bienvenida

Dentro de los 30 días posteriores a la inscripción, recibirá una llamada telefónica de nuestro equipo de participación con los miembros para darle la bienvenida y responder cualquier pregunta que pueda tener. También hablaremos sobre cómo programar su consulta anual de bienestar.

#### Una tarjeta de asignación para medicamentos de venta libre

Recibirá su tarjeta de asignación para medicamentos de venta libre por correo postal dentro de los 30 días posteriores a la inscripción. La tarjeta estará lista para usar tan pronto como la reciba por correo. Asegúrese de conservar su tarjeta después de usarla, ya que se recargará con fondos trimestralmente.

# Tres formas simples de inscribirse

#### 1. En línea. BSWHealthPlan.com/Medicare

Este es un sitio web seguro, por lo que se mantiene la confidencialidad de cualquier información que proporcione.

#### 2. Por teléfono. 1.800.782.5068/TTY: 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Cerrado los días festivos importantes.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Cerrado los días festivos importantes.

#### 3. Complete una solicitud. (Incluida en esta guía)

- A. Seleccione su elección de plan en la parte superior del formulario.
- **B.** Proporcione la información de su tarjeta de Medicare como se solicita en el formulario. NO nos envíe su tarjeta de Medicare.
- **C.** Firme y feche el formulario de inscripción. Se requiere su firma para procesar su solicitud de inscripción.
- D. Envíe su solicitud en una de estas tres formas:

Correo electrónico: MedicareEnrollment@BSWHealth.org

Correo postal: Coloque cada página del formulario de inscripción

completado y firmado en el sobre con franqueo pagado que se incluye en esta guía para devolver el formulario.

Fax: 1.254.298.3334

Consulte la Página 2 de esta guía para obtener información sobre cómo calificar para BSW SeniorCare Advantage.

Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en el plan BSW SeniorCare Advantage a través del centro de inscripción en línea a Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en **medicare.gov**.



# Resumen de beneficios

Medicare Advantage PPO

**NORTE DE TEXAS** 



Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos incluidos en el plan BSW SeniorCare Advantage PPO, ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan.

#### Resumen de beneficios

#### Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. 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* (Evidence of Coverage, EOC) disponible en nuestro sitio web <u>BSWHealthPlan.com/Medicare</u> antes del 15 de octubre de 2023.

#### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre BSW SeniorCare Advantage PPO 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 <a href="https://www.medicare.gov">https://www.medicare.gov</a>, 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 PPO

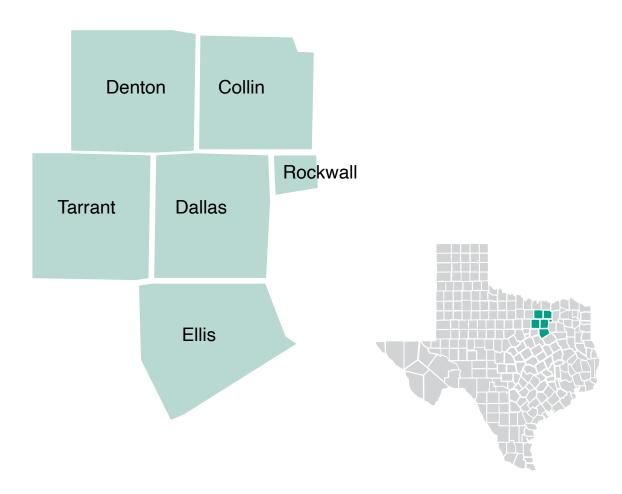
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto 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 PPO, 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, Rockwall y Tarrant.

# ¿Cuál es el área de servicio en el norte de Texas para BSW SeniorCare Advantage PPO?



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

Collin, Dallas, Denton, Ellis, Rockwall y Tarrant

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

BSW SeniorCare Advantage PPO tiene un directorio de los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red, que se puede encontrar en nuestro sitio web, en <u>BSWHealthPlan.com/Medicare</u>. Puede utilizar médicos, hospitales y otros proveedores dentro o fuera de la red.

Los proveedores no contratados/fuera de la red no tienen la obligación de atender a los miembros de BSW SeniorCare Advantage PPO, salvo en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura.

#### ¿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 PPO cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)	
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 por mes.	
Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible	Dentro de la red Usted paga \$0.	
	Fuera de la red Usted paga \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.	
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	Dentro de la red Usted paga \$6,400 al año.	
	Fuera de la red Usted paga \$10,000 al año.	
	El monto máximo que paga de su bolsillo no superará los \$10,000 para servicios dentro y fuera de la red combinados.	
Hospital para pacientes internados*	Dentro de la red Días 1-6: Copago de \$325 cada día por estadía. Días 7-90: Copago de \$0 cada día por estadía.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por estadía.	
Hospital para pacientes externos*		
Centro quirúrgico ambulatorio	Dentro de la red Usted paga un copago de \$275 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Dentro de la red Usted paga un copago de \$350 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Consultas médicas		
Proveedores de atención primaria	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Especialista	Dentro de la red Usted paga un copago de \$40 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	

<sup>\*</sup> Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
Atención preventiva	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Atención de emergencia Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$100 por consulta.
	Fuera de la red Usted paga un copago de \$100 por consulta.
Servicios de urgencia Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$50 por consulta.
	Fuera de la red Usted paga un copago de \$50 por consulta.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Servicios de laboratorio	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Servicios de radiología de diagnóstico	Dentro de la red Usted paga un copago de \$75 a \$300.
(por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Radiografías para pacientes externos	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)	
Servicios auditivos		
Examen auditivo cubierto por Medicare	Dentro de la red Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por examen auditivo cubierto por Medicare.	
Examen auditivo de rutina Se limita a un examen al año.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por examen.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por examen.	
Audífonos	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	
Servicios odontológicos	Dentro y fuera de la red combinados	
Odontología preventiva		
Exámenes orales:	Copago de \$0 por cada examen oral preventivo.	
Un examen cada seis meses.		
Profilaxis (limpieza):	Copago de \$0 por cada limpieza preventiva.	
Tres limpiezas cada año.		
Radiografías dentales:	Copago de \$0 por cada radiografía preventiva.	
Una radiografía de boca completa cada 60 meses.		
Una radiografía de aleta de mordida cada 12 meses.		
Máximo anual de beneficios:	\$3,500 para todos los servicios odontológicos integrales.	
Servicios odontológicos integrales		
Servicios que no son de rutina:	Coseguro del 0%-50% por cada servicio que no es de rutina.	
Un servicio que no es de rutina cada seis meses.		
Costo compartido de 0% para exámenes de urgencia o emergencia centrados en problemas y radiografías periapicales (radiografías centradas en problemas).		

<sup>\*</sup> Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
Servicios odontológicos (continuación)	
Otros servicios prestados, como coronas, implantes, puentes (incrustaciones/recubrimientos) cubiertos al 50%.	
Los exámenes centrados en problemas y las radiografías periapicales no se tienen en cuenta para el máximo del plan de \$3,500.	
Otros servicios que no son de rutina, como coronas, implantes y puentes, sí se tienen en cuenta para el máximo del plan de \$3,500.	
Servicios de diagnóstico:	Copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico.
Hasta ocho radiografías periapicales por consulta.	
Servicios de restauración:	Coseguro del 0%-50% por cada servicio de restauración.
Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 100%.	
Un empaste cada 24 meses cubierto al 100%.	
Una corona, incrustaciones, recubrimientos, puentes o implantes (uno por posición dental) cada 10 años cubiertos al 50%.	
Las dentaduras postizas y los empastes se tienen en cuenta para el beneficio máximo del plan de \$3,500.	
Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se tienen en cuenta para el beneficio máximo del plan de \$3,500.	
Endodoncia:	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.
Un tratamiento de conducto, uno por diente, de por vida.	

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
Servicios odontológicos (continuación)	
Periodoncia:	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.
Una cirugía periodontal cada 36 meses.	
Mantenimiento periodontal por hasta cuatro veces cada año calendario.	
Un raspado y alisado radicular cada 24 meses.	
Extracciones:	Copago de \$0 por cada servicio de extracción.
Ilimitadas.	
Prostodoncia, otros tipos de cirugía oral/maxilofacial, otros servicios:	Coseguro del 0%-50% por cada prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.
Un par de dentaduras postizas a través de un prostodoncista cada cinco años calendario cubiertas al 100%.	
Puentes cubiertos a través de un prostodoncista una vez cada 10 años calendario.	
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.	
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:	
<ul> <li>cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y</li> </ul>	
<ul> <li>cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.</li> </ul>	

<sup>\*</sup> Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)	
Servicios de la vista	Dentro y fuera de la red combinados	
Lentes y accesorios	Asignación de \$150 para la compra de lentes y accesorios cada año.	
	El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto.	
Examen de la vista de rutina	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% para un examen de la vista de rutina por año.	
Servicios de salud mental		
Hospitalización*	Dentro de la red Usted paga los días 1-5: Copago de \$318 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de \$0 cada día por estadía.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por estadía.	
Terapia individual o grupal para pacientes externos	Dentro de la red Usted paga un copago de \$40 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	Dentro de la red Días 1-20: Copago de \$0 cada día. Días 21-100: Copago de \$200 cada día.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por día.	
Fisioterapia		
Terapia ocupacional	Dentro de la red Usted paga un copago de \$35 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje*	Dentro de la red Usted paga un copago de \$35 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
Servicio de ambulancia	
Ambulancia terrestre	Dentro de la red Usted paga un copago de \$325 por viaje.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por viaje.
Ambulancia aérea	Dentro de la red Usted paga un copago de \$325.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Transporte (adicional, de rutina)	No está cubierto.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
Medicamentos de quimioterapia Puede ser necesaria una autorización previa.	Dentro de la red Usted paga un coseguro del 0%-20%.
Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Otros medicamentos de la Parte B Puede ser necesaria una autorización previa.	Dentro de la red Usted paga un coseguro del 0%-20%.
Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35%.
Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.	
Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)	Silver&Fit es un programa de ejercicios que brinda a los miembros una membresía para gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
Atención médica a domicilio*	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.
Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$45 por consulta.
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.

<sup>\*</sup> Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)	
Servicios de telesalud: PCP, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Servicio de tratamiento de opioides*	Dentro de la red Usted paga un copago de \$45 por consulta.	
	Fuera de la red Usted paga un coseguro del 35% por consulta.	
Artículos de venta libre	Asignación deslice y ahorre de \$50 por trimestre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.	
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo		
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	
Atención de urgencia	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	
Transporte de emergencia/urgencia	Usted paga un copago de \$0 por viaje.	
Máximo anual de beneficios	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.	

<sup>\*</sup> Se requiere autorización previa.

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 <u>BSWHealthPlan.com/Medicare</u> antes del 15 de octubre de 2023.

	Medicamentos con receta para pacientes externos		
Deducible	\$300 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.		
Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)	Usted permanece en esta etapa hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.  Los costos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia (por ejemplo, pedido por correo, atención a largo plazo [long-term care, LTC] o infusión a domicilio, y suministros para 30 o 90 días).		
	BSW SeniorCare Advantage (PPO)		
	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro minorista preferido de 30 días	Suministro de pedido por correo de 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga \$5.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga \$14. Usted paga \$7.		Usted paga \$0.
Nivel 3 (De marca preferida)	Usted paga \$47.	Usted paga \$47. Usted paga \$47.	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga \$99.	Usted paga \$99.	Usted paga \$198.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga el 28% del costo.		No disponible.
Período sin cobertura	Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$5,030, usted no pagará más que un coseguro del 25% por medicamentos genéricos o un coseguro del 25% por medicamentos de marca.  Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$8,000, usted pagará \$0.		
Cobertura en situaciones catastróficas			

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

#### 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.

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 (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 1-866-334-3141 (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 <a href="mailto:BSWHealthPlan.com/Medicare">BSWHealthPlan.com/Medicare</a> 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 en la red. Si la farmacia no figura 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.
Co	omprenda las reglas importantes
	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se debita de s cheque del Seguro Social cada mes.

su

contratados.

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.

□ Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
 □ Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin

embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Salvo en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindarle atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no



BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que es subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. 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.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de BSW SeniorCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

H2032\_001NTXSB2024-SP\_M

#### ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN



Gracias por aceptar reunirse con un agente de seguros autorizado que es empleado de o tiene un contrato con Baylor Scott & White Health Plan. Durante su reunión, no está obligado a inscribirse en un plan. El agente de ventas no lo inscribirá automáticamente en ningún plan que analicen juntos. Su estado de inscripción actual o futuro en Medicare no se verá afectado.

Escriba sus iniciales a continuación para selecon usted.	eccionar qué tipo de producto(s) des	sea que el agente analice
Planes Medicare Advantage con pla	nes de medicamentos recetados de	e la Parte D
Planes Medicare Advantage sin plan	nes de medicamentos recetados de	la Parte D
Firma del beneficiario o representante auto	rizado, número de teléfono y fecha	de la firma:
Firma	() Número de teléfono	Fecha de la firma
		reciia de la ilitila
Si usted es el representante autorizado, firn	ne arriba y escriba a continuación:	
Nombre del representante (impreso)	Su relación con el bei	neficiario
Debe ser completado por el agente:		
Si el beneficiario firma el formulario en el mo la Designación (SOA) antes de la reunión.	omento de la cita, explique por qué	no se firmó el Alcance de
Nombre del beneficiario	Teléfono del b	eneficiario
Dirección del beneficiario		
Método inicial de contacto (indique si el be	neficiario se presentó sin cita previa	n)
Dónde tuvo lugar la visita sin cita previa (es	decir, la oficina del agente)	
Plan(es) que el agente representó durante e	esta reunión	
Nombre del agente	Teléfono del agente	
Fecha en la que se completó la cita	N.º de escritura del age	nte o NPN
Firma del agente		

Y0058\_24Scope of Appointment-SP\_C

#### ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN



Descripciones del plan

Planes Medicare Advantage <u>con</u> planes de medicamentos recetados de la Parte D

- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare: un plan
  Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original
  Medicare e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en
  situaciones de emergencia y atención de urgencia, solo puede obtener su atención de médicos
  u hospitales en la red del plan.
- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con beneficios de Punto de Servicio (POS) agregados: un plan HMO que ofrece un beneficio suplementario obligatorio adicional, que le permite al inscrito la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan.
- Plan de la Organización para los Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare: un plan Medicare
  Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare
  e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO incluyen médicos y
  hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un
  costo más alto.

Planes Medicare Advantage sin planes de medicamentos recetados de la Parte D

- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare: un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en situaciones de emergencia, solo puede obtener su atención de médicos u hospitales en la red del plan.
- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con beneficios de Punto de Servicio (POS) agregados: un plan HMO que ofrece un beneficio suplementario obligatorio adicional, que le permite al inscrito la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan.

#### Recordatorios para los agentes:

El Alcance de la Designación (SOA) es válido por 12 meses a partir de la fecha de la firma del beneficiario o la fecha de la solicitud inicial de información del beneficiario.

El SOA debe completarse y acordarse con el beneficiario al menos 48 horas antes de la comercialización personal programada, excepto en los casos que mencionan a continuación:

- Los SOA que se completen durante los últimos cuatro días de un período de elección válido para el beneficiario.
- Reuniones presenciales no programadas (sin cita previa) que el beneficiario haya iniciado.

La distribución del SOA en eventos educativos está prohibida.

La documentación del SOA está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS de 10 años.

#### ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN



Gracias por aceptar reunirse con un agente de seguros autorizado que es empleado de o tiene un contrato con Baylor Scott & White Health Plan. Durante su reunión, no está obligado a inscribirse en un plan. El agente de ventas no lo inscribirá automáticamente en ningún plan que analicen juntos. Su estado de inscripción actual o futuro en Medicare no se verá afectado.

Escriba sus iniciales a continuación para sel con usted.	leccionar qué tipo de producto(s) d	esea que el agente analice
	anes de medicamentos recetados o	de la Parte D
	anes de medicamentos recetados d	
Firma del beneficiario o representante auto	orizado, número de teléfono y fech	na de la firma:
	()	
Firma	Número de teléfono	Fecha de la firm
Si usted es el representante autorizado, fir	me arriba y escriba a continuación	:
Nombre del representante (impreso)	Su relación con el b	eneficiario
Debe ser completado por el agente:		
Si el beneficiario firma el formulario en el m la Designación (SOA) antes de la reunión.	nomento de la cita, explique por que	é no se firmó el Alcance de
Nombre del beneficiario	Teléfono del	beneficiario
Dirección del beneficiario		
Método inicial de contacto (indique si el bo	eneficiario se presentó sin cita prev	ia)
Dónde tuvo lugar la visita sin cita previa (e	s decir, la oficina del agente)	
Plan(es) que el agente representó durante	esta reunión	
Nombre del agente	Teléfono del agente	
Fecha en la que se completó la cita	N.º de escritura del ag	gente o NPN
Firma del agente		

Y0058\_24Scope of Appointment-SP\_C

#### ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN



Descripciones del plan

Planes Medicare Advantage con planes de medicamentos recetados de la Parte D

- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare: un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en situaciones de emergencia y atención de urgencia, solo puede obtener su atención de médicos u hospitales en la red del plan.
- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con beneficios de Punto de Servicio (POS) agregados: un plan HMO que ofrece un beneficio suplementario obligatorio adicional, que le permite al inscrito la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan.
- Plan de la Organización para los Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare: un plan Medicare
  Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare
  e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO incluyen médicos y
  hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un
  costo más alto.

Planes Medicare Advantage sin planes de medicamentos recetados de la Parte D

- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare: un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en situaciones de emergencia, solo puede obtener su atención de médicos u hospitales en la red del plan.
- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con beneficios de Punto de Servicio (POS) agregados: un plan HMO que ofrece un beneficio suplementario obligatorio adicional, que le permite al inscrito la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan.

#### Recordatorios para los agentes:

El Alcance de la Designación (SOA) es válido por 12 meses a partir de la fecha de la firma del beneficiario o la fecha de la solicitud inicial de información del beneficiario.

El SOA debe completarse y acordarse con el beneficiario al menos 48 horas antes de la comercialización personal programada, excepto en los casos que mencionan a continuación:

- Los SOA que se completen durante los últimos cuatro días de un período de elección válido para el beneficiario.
- Reuniones presenciales no programadas (sin cita previa) que el beneficiario haya iniciado.

La distribución del SOA en eventos educativos está prohibida.

La documentación del SOA está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS de 10 años.



N.° de OMB: 0938-1378 Vencimiento: 7/31/2024



#### FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE

#### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

# Para unirse a un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano estadounidense o tener presencia legal en EE. UU.
- · Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

#### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

#### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

#### **Recordatorios:**

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

#### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección: Baylor Scott & White Health Plan 1206 W. Campus Drive Temple, TX 76502

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

#### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

English: Call Baylor Scott & White Health Plan at 1-800-782-5068. TTY users can call 711. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

#### Individuos con falta de vivienda

 Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### **IMPORTANTE**

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.







Sección 1: todos los (a menos que				
Elija el plan al que quiere unirse:	esterrinar	cudos como o p	<i>y</i> cionaics <i>)</i>	
☐ BSW SeniorCare Advantage PPO <b>\$0</b>				
PRIMER nombre:	APELLIDO:		Opcional: Ir	nicial del 2.º nombre:
Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A)		no 🗆 Femenino	Número de	e teléfono:
Dirección de domicilio permanente (no esci	riba un aparta	ido postal):		
Ciudad: Opcio	nal: Condado	:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su direcc		nte (se acepta apai	•	
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
	nformación (	de Medicare:		
Número de Medicare:		<sup>-</sup> guntas importan		
¿Tendrá otra cobertura para medicamentos o	con receta (co	mo VA, TRICARE) ad		V SeniorCare Advantage?
Nombre de la otra cobertura: Número de r	miembro para	esa cobertura: N	Número de gi	rupo para esta cobertura:
<ul> <li>Debo mantener tanto la cobertura hospital SeniorCare Advantage.</li> <li>Al inscribirme en este plan de Medicare Adinformación con Medicare, quien podrá ur y para otros fines permitidos por la ley fecto Declaración de la Ley de Privacidad a controla falta de respuesta puede afectar la inscriba falta de respuesta puede estar inscrito en automáticamente mi inscripción en otro permensión en compensión y servicios que presta BSW SeniorCare Advantage (también on Ni Medicare ni BSW SeniorCare Advantage)</li> <li>La información en este formulario de inscrintencionalmente doy información falsa en Entiendo que mi firma (o la firma de la persignifica que he leído y entiendo el contentarriba), esta firma certifica lo siguiente: <ol> <li>Dicha persona está autorizada conforma</li> <li>Toda documentación de esta autorizacio</li> </ol> </li> </ul>	dvantage, rec tilizarla para d deral que auto tinuación). Su ripción en el p un plan MA a olan MA (se ap tura de BSW s on receta de B siorCare Adva conocida com e pagarán los ripción es cor en este formul rsona autoriza nido de esta. S	onozco que BSW S dar seguimiento a oriza la recopilación respuesta a este fo olan. a la vez, y que la insolican excepciones SeniorCare Advant BSW SeniorCare Advant o contrato del mie beneficios o servido recta a mi leal sabo ario, se cancelará reda legalmente a a Si firma un represe	seniorCare Ami inscripción de esta informulario es scripción en spara los pla age, debo ol avantage. Estos en la "Evicembro o acuecios que no esta y entende mi inscripción ctuar en mi intante autor	dvantage compartirá mi on, para realizar pagos ormación (consulte la voluntaria. Sin embargo este plan finalizará nes MA PFFS, MA MSA). btener todos mis carán cubiertos los lencia de cobertura" erdo del suscriptor). estén cubiertos. r. Entiendo que si n en el plan. nombre) en esta solicitua rizado (como se explica
Firma:		Fecha de hoy:		
Si usted es el representante autorizado, firm	ne arriba y co	mplete estos camp	oos:	
Nombre:		Dirección:		
Número de teléfono:		Relación con el in	scrito:	

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C

Nombre:	Fecha:
Sección 2: t	todos los campos de esta página son opcionales
	s es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas
¿Es usted de origen hispano, lat  No, no de origen hispano, la  Si, puertorriqueño  Si, otro origen hispano, latin  Elijo no contestar.	□ Si, cubano
¿Cual es su raza? Seleccione tod	as las que correspondan.
□ Indígena americano o nativo de Alaska Asiático: □ Chino	☐ Negro o afroamericano  Nativo hawaiano y isleño del pacifico  ☐ Guameña o Chamorro  ☐ Nativo hawaiano
□ Coreano □ Filipino □ Indio asiático □ Japones	☐ Samoano ☐ Otro isleño del pacifico ☐ White
☐ Vietnamita ☐ Otro asiático	□ Elijo no contestar.
Marque un casillero si desea qu □ Español	ue le enviemos información en un idioma que no sea inglés.
Marque un casillero si desea qu □ Letra grande	ue le enviemos información en un formato accesible.
	: & White Health Plan al 1-866-334-3141 (TTY: 711) si necesita información o sea el mencionado anteriormente.
Cerrado los principales días fes	
<b>Del 1 de abril al 30 de septie</b> Cerrado los principales días fes	<b>mbre:</b> de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. stivos.
¿Usted trabaja? □ Sí □ No	¿Su cónyuge trabaja? □Sí □No
Escriba el nombre de su médic	o de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:
Su dirección de correo electrór	nico:

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C Página 2

Nombre:	Fecha:
---------	--------

Sección 2 - Continuado
Cómo pagar las primas de su plan
Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber)  ☐ Por correo; recibe una factura mensual.  ☐ Por transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
Nombre del titular de la cuenta:
Número de ruta del banco: Número de cuenta bancaria:
Tipo de cuenta: □ De cheques □ De ahorro
También puede elegir pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio ☐ del Seguro Social o ☐ de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) todos los meses.
Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde con su ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o usted podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Baylor Scott & White Health Plan el IRMAA de la Parte D.
Office Use Only:           Agent Name:         NPN:           Agent Signature:         Date:
Enrollment Period:   IEP  AEP  SEP (type):  Effective Date of Coverage:

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para la mejora de la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos con receta (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



lombre:	Fecha:
inscripción anual desde	scribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones escribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.
cualquiera de los siguien	siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar tes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible pción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, cancelada.
Inscripción Abierta de  ☐ Recientemente me he mudado, y este plan e ☐ Recientemente salí de ☐ Recientemente he rec EE. UU. Regresé el (esc	lan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Medicare Advantage (MA OEP).  e mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he es una nueva opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha)  e prisión. Fui liberado el (escriba la fecha)  gresado a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los criba la fecha)
(escriba la fecha) ☐ Recientemente hubo	un cambio en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo
☐ Recientemente hubo medicamentos con re	de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) un cambio en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de ceta de Medicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en cional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha)
<ul><li>☐ Tengo Medicare y Me Adicional para pagar m</li><li>☐ Me voy a mudar a un</li></ul>	dicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda ni cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo ningún cambio. centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo).
Me mudé o me muda  ☐ Recientemente he ab  ☐ Recientemente y de fo	ré al/del centro el (escriba la fecha)  andonado un programa PACE el (escriba la fecha)  brima involuntaria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos
<ul> <li>□ Abandonaré la cobert</li> <li>□ Pertenezco a un prog</li> <li>□ Mi plan finaliza su cor</li> <li>□ Medicare (o mi estado comenzó el (escriba la Estuve inscrito en un P</li> </ul>	lan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades
:  ☐ Me he visto afectado  Gestión de Emergenc  otras declaraciones in	para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha)  por una emergencia o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal de ias [FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las dicadas aquí aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción
Scott & White Health Plar elegible para inscribirse.	nciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con Baylor n al 1-800-782-5068 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana, de 8 am a 8 pm . Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C Página 4



N.° de OMB: 0938-1378 Vencimiento: 7/31/2024

BSW SENIOR CARE

#### FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE

#### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

# Para unirse a un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano estadounidense o tener presencia legal en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

#### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

#### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

#### **Recordatorios:**

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

#### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección: Baylor Scott & White Health Plan 1206 W. Campus Drive Temple, TX 76502

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

#### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

English: Call Baylor Scott & White Health Plan at 1-800-782-5068. TTY users can call 711. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

#### Individuos con falta de vivienda

 Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C







Sección 1: todos los		e esta página s cados como oj		
Elija el plan al que quiere unirse:	Cotteninal	cados como o	<u>scionaics</u>	
☐ BSW SeniorCare Advantage PPO <b>\$0</b>				
PRIMER nombre:	APELLIDO:		Opcional: I	nicial del 2.º nombre:
Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A)		no 🗆 Femenino	Número d	le teléfono:
Dirección de domicilio permanente (no esc	riba un aparta	ado postal):		
Ciudad: Opcio	onal: Condado	):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su direcc Dirección:	Ciudad:	·	rtado postal Estado:	). Código postal:
	nformación	de Medicare:		
Número de Medicare:				
		guntas importan		
¿Tendrá otra cobertura para medicamentos o □ Sí □ No	con receta (co	mo VA, TRICARE) ac	demás de BS\	W SeniorCare Advantage
	miembro nara	esa cobertura:	Número de a	rupo para esta cobertura:
<ul> <li>Debo mantener tanto la cobertura hospit SeniorCare Advantage.</li> </ul>	alaria (Parte <i>A</i>	a) como la médica	(Parte B) par	a permanecer en BSW
<ul> <li>Al inscribirme en este plan de Medicare A información con Medicare, quien podrá u y para otros fines permitidos por la ley feo Declaración de la Ley de Privacidad a con la falta de respuesta puede afectar la insc</li> </ul>	itilizarla para ( deral que auto tinuación). Su	dar seguimiento a oriza la recopilació ı respuesta a este f	mi inscripcion n de esta inf	ón, para realizar pagos ormación (consulte la
<ul> <li>Entiendo que solo puedo estar inscrito en automáticamente mi inscripción en otro para Entiendo que, cuando comience mi cober beneficios médicos y de medicamentos o beneficios y servicios que presta BSW Sen de BSW SeniorCare Advantage (también o Ni Medicare ni BSW SeniorCare Advantage)</li> </ul>	plan MA (se a rtura de BSW on receta de l niorCare Adva conocida com	plican excepciones SeniorCare Advant BSW SeniorCare Ad ntage y los incluid no contrato del mic	s para los pla tage, debo o dvantage. Es os en la "Evic embro o acu	anes MA PFFS, MA MSA).  botener todos mis tarán cubiertos los dencia de cobertura" erdo del suscriptor).
La información en este formulario de insc intencionalmente doy información falsa e	ripción es cor	recta a mi leal sab	er y entende	er. Entiendo que si
<ul> <li>Entiendo que mi firma (o la firma de la pe significa que he leído y entiendo el conte arriba), esta firma certifica lo siguiente:</li> <li>1) Dicha persona está autorizada conform</li> <li>2) Toda documentación de esta autorizac</li> </ul>	rsona autoriz nido de esta. ne a las leyes (	ada legalmente a a Si firma un represe del estado para col	nctuar en mi entante auto mpletar esta	nombre) en esta solicitu rizado (como se explica inscripción.
Firma:		Fecha de hoy:		
Si usted es el representante autorizado, firr	ne arriba y co	mplete estos cam	oos:	
Nombre:		Dirección:		
Número de teléfono:		Relación con el ir	scrito:	

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C

Página 1



Nombre:	Fecha:
Sección 2: 1	todos los campos de esta página son opcionales
	s es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas
¿Es usted de origen hispano, lat No, no de origen hispano, la Si, puertorriqueño Si, otro origen hispano, latin Elijo no contestar.	□ Si, cubano
¿Cual es su raza? Seleccione tod	las las que correspondan.
☐ Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático: ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Indio asiático ☐ Japones ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático	<ul> <li>□ Negro o afroamericano</li> <li>Nativo hawaiano y isleño del pacifico</li> <li>□ Guameña o Chamorro</li> <li>□ Nativo hawaiano</li> <li>□ Samoano</li> <li>□ Otro isleño del pacifico</li> <li>□ White</li> <li>□ Elijo no contestar.</li> </ul>
Marque un casillero si desea qı □ Español	ue le enviemos información en un idioma que no sea inglés.
Marque un casillero si desea qı □ Letra grande	ue le enviemos información en un formato accesible.
en un formato accesible que n Nuestro horario de oficina es: <b>Del 1 de octubre al 31 de ma</b> Cerrado los principales días fes	<b>mbre:</b> de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m.
¿Usted trabaja? □ Sí □ No	¿Su cónyuge trabaja? □Sí □No
Escriba el nombre de su médic	to de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:
Su dirección de correo electró:	nico:

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C Página 2

Nombre:	Fecha: _	

Sección 2 - Continuado					
Cómo pagar las primas de su plan					
Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber)  ☐ Por correo; recibe una factura mensual.  ☐ Por transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:					
Nombre del titular de la cuenta:					
Número de ruta del banco: Número de cuenta bancaria:					
Tipo de cuenta: □ De cheques □ De ahorro					
También puede elegir pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio □ del Seguro Social o □ de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) todos los meses.					
Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde con su ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o usted podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Baylor Scott & White Health Plan el IRMAA de la Parte D.					
Office Use Only:  Agent Name: NPN:  Agent Signature: Date:  Enrollment Period: □ IEP □ AEP □ SEP (type): □ Not Eligible  Effective Date of Coverage:					

#### **DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para la mejora de la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos con receta (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Página 3 H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C



Nombre:	Fecha:
inscripción anual desde el 15 de o	en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.
cualquiera de los siguientes casillero	enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar os, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible nás adelante determinamos que esta información es incorrecta,
Inscripción Abierta de Medicare Recientemente me he mudado f mudado, y este plan es una nuev Recientemente salí de prisión. Fu Recientemente he regresado a la EE. UU. Regresé el (escriba la fecl Recientemente obtuve un estad (escriba la fecha) Recientemente hubo un cambio un cambio en el nivel de la asiste Recientemente hubo un cambio medicamentos con receta de Me el nivel de Ayuda Adicional o pe Tengo Medicare y Medicaid (o m Adicional para pagar mi cobertura Me voy a mudar a un centro de a me mudé de uno (por ejemplo, u Me mudé o me mudaré al/del ce Recientemente he abandonado Recientemente y de forma involu receta (una cobertura tan buena el (escriba la fecha) Abandonaré la cobertura de mi el Pertenezco a un programa de as Mi plan finaliza su contrato con l Medicare (o mi estado) me inscri comenzó el (escriba la fecha)	fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he va opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha)  ui liberado el (escriba la fecha)  us Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los ha)  uo de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo encia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha)  u en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de edicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en rdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha)  ni estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda a de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo ningún cambio. La tención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo).  Lentro el (escriba la fecha)  un programa PACE el (escriba la fecha)  un programa PACE el (escriba la fecha)  un taria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con a como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos
☐ Me he visto afectado por una em Gestión de Emergencias [FEMA])	plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha) nergencia o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal de ) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las quí aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción
Scott & White Health Plan al 1-800-7 elegible para inscribirse. Del 1 de o	aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con Baylor 782-5068 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es ctubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana, de 8 am a 8 pm abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm

H2032\_24NTXPPOAPP-SP\_C Página 4





#### INFORMACION IMPORTANTE:

#### Calificación 2024 de Medicare con Estrellas



#### Baylor Scott & White Health Plan - H2032

En el 2024, Baylor Scott & White Health Plan - H2032 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★☆

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

#### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente. El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

★★★★★ EXCELENTE

★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO

★★★☆☆ PROMEDIO

DEBAJO DEL

★☆☆☆☆ DEFICIENTE

#### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

#### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Baylor Scott & White Health Plan 7 días a la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central a 866-334-3141 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central. Miembros actuales favor de llamar 866-334-3141 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

H2032\_Star Rating July 2024\_M

# NOTAS

### 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





BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que es subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. 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.

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra red.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de BSW SeniorCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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