

# Guía de inscripción

## Medicare Advantage HMO-POS

**CENTRO DE TEXAS**

/// LA CAPACIDAD DE VIVIR MEJOR





Esta guía destaca los beneficios de BSW SeniorCare Advantage HMO-POS 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.

**Inscríbese en línea**  
**[BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare)**

**Enviar las solicitudes de inscripción completadas a la siguiente dirección:**  
**Baylor Scott & White Health Plan**  
**Attn: Enrollment Department**  
**1206 W. Campus Drive**  
**Temple, TX 76502**

**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.

Con primas reducidas desde \$0 y copagos asequibles, los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS se han elaborado teniendo en cuenta no solo su salud, sino también su presupuesto. Los planes están disponibles con o sin beneficios de medicamentos con receta y pedidos por correo. Usted elige.

### 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 centro y norte de Texas. También disfrutará de la libertad de tener cobertura de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo, y la oportunidad de consultar a especialistas dentro de la red sin una remisión.

### Su atención integral.

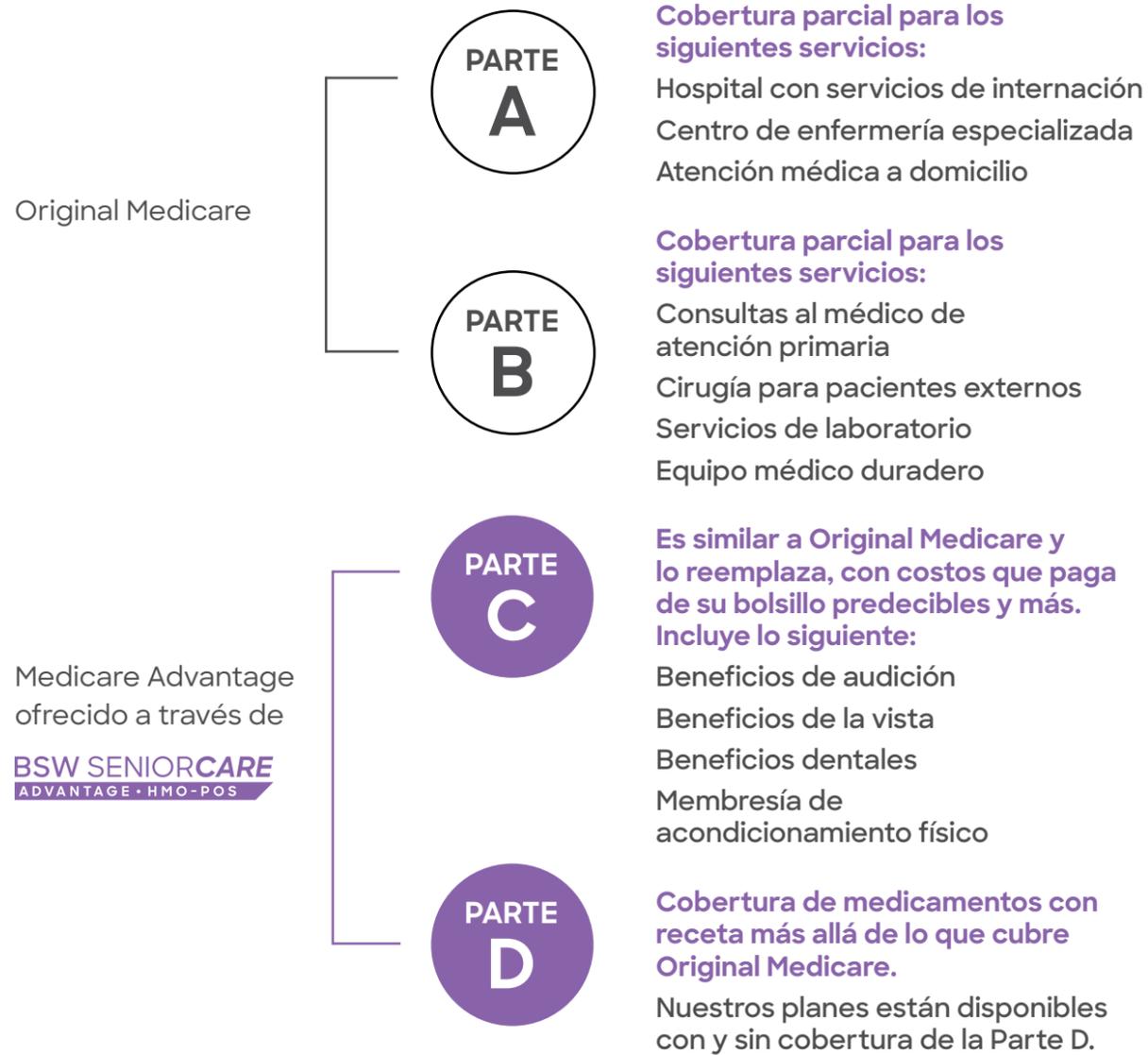
Con BSW SeniorCare Advantage, obtiene todos los beneficios de Original Medicare, además de muchos beneficios complementarios que ayudan a reducir los gastos de bolsillo y hacen la vida más fácil, como lo siguiente:

- ▼ Atención de la vista
- ▼ Atención de la audición
- ▼ Atención dental
- ▼ Transporte de rutina a lugares aprobados
- ▼ Membresía de acondicionamiento físico
- ▼ Comidas a domicilio
- ▼ Asignación para medicamentos de venta libre

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



## 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

	<b>IEP</b> Siete meses	<b>PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL</b> 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.
	<b>AEP</b> Del 15 de octubre al 7 de diciembre	<b>PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL</b> Haga cambios en su cobertura médica y de medicamentos con receta.
	<b>OEP</b> Del 1 de enero al 31 de marzo	<b>PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA</b> Los inscritos en Medicare Advantage pueden cambiar de plan o regresar a Original Medicare.
	<b>SEP</b> Un acontecimiento que califica	<b>PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL</b> 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.

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



## BSW SeniorCare Advantage

Inscribirse en un plan Medicare Advantage como BSW SeniorCare Advantage HMO-POS de Baylor Scott & White Health Plan 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 HMO-POS, no tiene que seleccionar a un PCP para que administre su atención. Puede consultar a un especialista de la red sin una derivación.

### ¿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](https://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](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) para ver el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias.

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

Salvo para la atención de urgencia y emergencia, debe recibir su atención y sus servicios de proveedores de la red de BSW SeniorCare Advantage HMO-POS de Baylor Scott & White Health Plan. Si decide recibir servicios que no sean de urgencia o emergencia de proveedores fuera de la red, usted será personalmente responsable del pago de todos los cargos.

## 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](https://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.



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



## 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 audífonos.

**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 los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen 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](https://www.metlife.com).

\*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

**Membresía de acondicionamiento físico.** Su plan BSW SeniorCare Advantage HMO-POS 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.

**Transporte de rutina.** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen un servicio de transporte de rutina a ubicaciones aprobadas como citas médicas, consultas de fisioterapia, laboratorios, tiendas de comestibles y farmacias.

**Comidas a domicilio.** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen un beneficio de comidas para facilitar su recuperación cuando regrese a casa del hospital.

**Asignación para medicamentos de venta libre (OTC).** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen 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.

Para todos los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS (con o sin cobertura de medicamentos con receta), se incluyen beneficios complementarios sin una prima adicional.

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



## Medicamentos con receta asequibles

Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS se pueden adquirir con o sin beneficios de medicamentos con receta. Nuestros planes ofrecen un deducible de medicamentos con receta de \$0 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
- ▼ Farmacéuticos 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](https://www.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 la 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.

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



## Tres formas simples de inscribirse

### 1. En línea. [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.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](mailto: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](https://www.medicare.gov).

# Resumen de beneficios

## Medicare Advantage HMO-POS

### CENTRO DE TEXAS

/// LA CAPACIDAD DE VIVIR MEJOR



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

**Resumen de beneficios**

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

BSW SeniorCare Advantage 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* (Evidence of Coverage, EOC) disponible en nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.bswhealthplan.com/medicare) 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 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 <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en <https://www.medicare.gov>, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Cosas que debe saber sobre BSW SeniorCare Advantage HMO-POS**

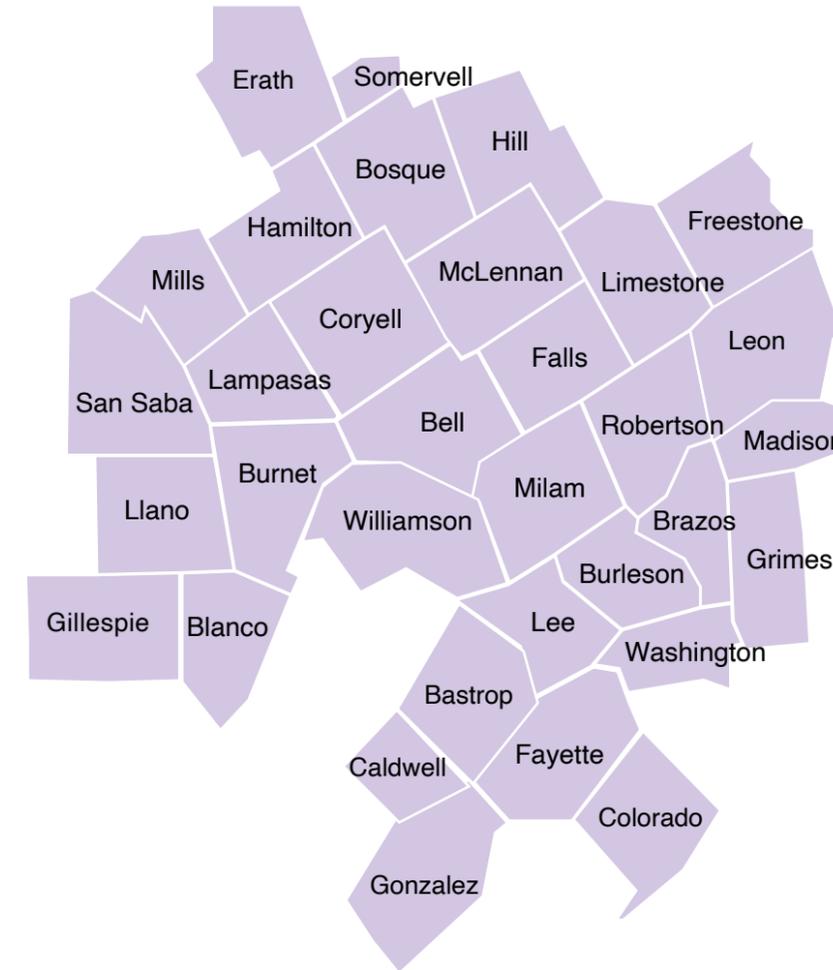
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto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

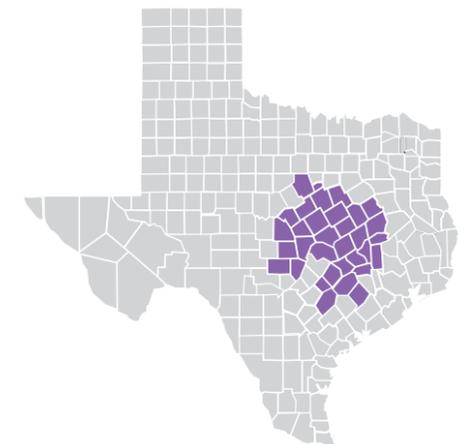
Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage HMO-POS, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

**¿Cuál es el área de servicio en el centro de Texas para BSW SeniorCare Advantage HMO-POS?**



**Los condados en el área de servicio se enumeran a continuación:**

Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, Williamson



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

BSW SeniorCare Advantage 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](http://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 HMO-POS cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p><b>Prima mensual del plan</b></p> <p>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>BSW SeniorCare Advantage Select (HMO-POS) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="http://ssa.gov">ssa.gov</a> para obtener más información.</p>	<p>Usted paga \$135 por mes.</p> <p>Usted paga \$83 por mes.</p> <p>BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO-POS) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="http://ssa.gov">ssa.gov</a> para obtener más información.</p>	<p>Usted paga \$243 por mes.</p> <p>Usted paga \$199 por mes.</p> <p>BSW SeniorCare Advantage Premium (HMO-POS) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="http://ssa.gov">ssa.gov</a> para obtener más información.</p>
<b>Deducible</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<p><b>Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</b></p> <p>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D</p>	<p>Usted paga \$5,800 al año.</p> <p>Usted paga \$5,900 al año.</p>	<p>Usted paga \$4,600 al año.</p> <p>Usted paga \$4,500 al año.</p>	<p>Usted paga \$4,800 al año.</p> <p>Usted paga \$4,500 al año.</p>
<b>Hospital para pacientes internados*</b>	Días 1-6: Copago de \$325 cada día por estadía. Días 7-90: Copago de \$0 cada día por estadía.	Copago de \$700 por estadía.	Copago de \$100 por estadía.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<b>Hospital para pacientes externos*</b>			
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Usted paga un copago de \$250 por consulta.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b>	Usted paga un copago de \$325 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Consultas médicas</b>			
<b>Proveedores de atención primaria</b>	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Especialista</b>	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Atención preventiva</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Atención de emergencia</b> Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$90 por consulta.
<b>Servicios de urgencia</b> Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$50 por consulta.	Usted paga un copago de \$40 por consulta.	Usted paga un copago de \$40 por consulta.
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*</b>			
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)</b>	Usted paga un copago de \$75 a \$300.	Usted paga un copago de \$0 a \$15.	Usted paga un copago de \$0.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes* (continuación)</b>			
<b>Radiografías para pacientes externos</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios auditivos</b>			
<b>Examen auditivo cubierto por Medicare</b>	Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por examen auditivo cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo cubierto por Medicare.
<b>Examen auditivo de rutina</b> Se limita a un examen al año.	Usted paga un copago de \$0 por examen.	Usted paga un copago de \$0 por examen.	Usted paga un copago de \$0 por examen.
<b>Audífonos</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Asignación de \$1,500 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.
Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.
<b>Servicios odontológicos</b>	<b>Dentro y fuera de la red combinados</b>	<b>Dentro y fuera de la red combinados</b>	<b>Dentro y fuera de la red combinados</b>
<b>Odontología preventiva</b>			
<b>Exámenes orales:</b> Un examen cada seis meses.	Copago de \$0 por cada examen oral preventivo.	Copago de \$0 por cada examen oral preventivo.	Copago de \$0 por cada examen oral preventivo.
<b>Profilaxis (limpieza):</b> Una limpieza cada seis meses.	Copago de \$0 por cada limpieza preventiva.	Copago de \$0 por cada limpieza preventiva.	Copago de \$0 por cada limpieza preventiva.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b> <b>Radiografías dentales:</b> Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Una radiografía de aleta de mordida cada 12 meses. <b>Máximo anual de beneficios:</b>	Copago de \$0 por cada radiografía preventiva.	Copago de \$0 por cada radiografía preventiva.	Copago de \$0 por cada radiografía preventiva.
<b>Servicios odontológicos integrales</b> <b>Servicios que no son de rutina:</b> 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). Otros servicios prestados, como empastes, servicios de endodoncia y de periodoncia, están cubiertos al 50%.	Coseguro del 0%-50% por cada servicio que no es de rutina.	Coseguro del 0%-50% por cada servicio que no es de rutina.	Coseguro del 0%-50% por cada servicio que no es de rutina.
<b>Servicios de diagnóstico:</b> Hasta ocho radiografías periapicales por consulta.	Copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico.	Copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico.	Copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b> <b>Servicios de restauración:</b> 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%.	Coseguro del 0%-50% por cada servicio de restauración.	Coseguro del 0%-50% por cada servicio de restauración.	Coseguro del 0%-50% por cada servicio de restauración.
<b>Endodoncia:</b> Un tratamiento de conducto por diente de por vida.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.
<b>Periodoncia:</b> Una cirugía periodontal cada 36 meses. Mantenimiento periodontal por hasta cuatro veces cada año calendario. Un raspado y alisado radicular cada 24 meses.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.
<b>Extracciones:</b> Ilimitadas.	Copago de \$0 por cada servicio de extracción.	Copago de \$0 por cada servicio de extracción.	Copago de \$0 por cada servicio de extracción.
<b>Prostodoncia, otros tipos de cirugía oral/maxilofacial, otros servicios:</b> Un par de dentaduras postizas a través de un prostodoncista cada cinco años calendario cubiertas al 100%.	Coseguro del 0%-50% por cada prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.	Coseguro del 0%-50% por cada prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.	Coseguro del 0%-50% por cada prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p><b>Servicios odontológicos (continuación)</b></p> <p>Puentes a través de un prostodoncista una vez cada 10 años calendario cubiertos al 50%.</p> <p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.</p> <p>Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.</p> <p>Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y</li> <li>• cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.</li> </ul>			

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p><b>Servicios de la vista</b></p> <p><b>Lentes y accesorios</b></p> <p>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D</p> <p><b>Examen de la vista de rutina</b></p>	<p>Asignación de \$150 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p>	<p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p>	<p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <p><b>Hospitalización*</b></p> <p><b>Terapia individual o grupal para pacientes externos</b></p>	<p>Días 1-5: Copago de \$318 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de \$0 cada día por estadía.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por consulta.</p>	<p>Copago de \$700 por estadía.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p>	<p>Copago de \$100 por estadía.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b></p>	<p>Días 1-20: Copago de \$0 cada día. Días 21-100: Copago de \$200 cada día.</p>	<p>Días 1-20: Copago de \$0 cada día. Días 21-100: Copago de \$50 cada día.</p>	<p>Días 1-20: Copago de \$0 cada día. Días 21-100: Copago de \$15 cada día.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p> <p><b>Terapia ocupacional</b></p> <p><b>Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje *</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p>

\* Se requiere autorización previa.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<b>Servicio de ambulancia</b> <b>Ambulancia terrestre</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D <b>Ambulancia aérea</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D	Usted paga un copago de \$300.  Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.  Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.  Usted paga un copago de \$40.
<b>Transporte (adicional, de rutina)</b>	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b> <b>Medicamentos de quimioterapia</b> Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado. <b>Otros medicamentos de la Parte B</b> Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	Usted paga un coseguro del 0%-20%.  Usted paga un coseguro del 0%-20%.	Usted paga un coseguro del 0%-20%.  Usted paga un coseguro del 0%-20%.	Usted paga un coseguro del 0%-20%.  Usted paga un coseguro del 0%-20%.

\* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b> Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.			
<b>Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)</b>	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.	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.	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.
<b>Atención médica a domicilio*</b>	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)</b> Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Servicios de telesalud: PCP, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos</b>	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Servicio de tratamiento de opioides*</b>	Usted paga un copago de \$45 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
<b>Beneficio de comidas</b>	Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.

\* Se requiere autorización previa.

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

\* 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 [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2023.

Medicamentos con receta para pacientes externos			
BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)			
<b>Deducible</b>	\$0		
<b>Cobertura inicial</b>	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).		
	<b>Suministro minorista estándar de 30 días</b>	<b>Suministro minorista preferido de 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo de 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	Usted paga \$10.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	Usted paga \$20.	Usted paga \$13.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 3</b> (De marca preferida)	Usted paga \$47.	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos)	Usted paga \$100.	Usted paga \$100.	Usted paga \$200.
<b>Nivel 5</b> (De especialidad)	Usted paga el 33% del costo.	Usted paga el 33% del costo.	No disponible.
<b>Período sin cobertura</b>	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.		
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	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.		

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

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

#### Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

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

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>			
<b>BSW SeniorCare Advantage Preferred Rx (HMO-POS)</b>			
<b>Deducible</b>	\$0		
<b>Cobertura inicial</b>	<p>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.</p> <p>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).</p>		
	<b>Suministro minorista estándar de 30 días</b>	<b>Suministro minorista preferido de 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo de 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	Usted paga \$8.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	Usted paga \$15.	Usted paga \$8.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 3</b> (De marca preferida)	Usted paga \$45.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos)	Usted paga \$95.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
<b>Nivel 5</b> (De especialidad)	Usted paga el 33% del costo.	Usted paga el 33% del costo.	No disponible.
<b>Período sin cobertura</b>	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.		
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	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.		

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

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

#### **Información sobre su beneficio de medicamentos con receta**

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

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>			
<b>BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO-POS)</b>			
<b>Deducible</b>	\$0		
<b>Cobertura inicial</b>	<p>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.</p> <p>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).</p>		
	<b>Suministro minorista estándar de 30 días</b>	<b>Suministro minorista preferido de 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo de 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	Usted paga \$7.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	Usted paga \$12.	Usted paga \$5.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 3</b> (De marca preferida)	Usted paga \$45.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos)	Usted paga \$95.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
<b>Nivel 5</b> (De especialidad)	Usted paga el 33% del costo.	Usted paga el 33% del costo.	No disponible.
<b>Período sin cobertura</b>	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.		
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	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.		

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

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

**Información sobre su beneficio de medicamentos con receta**

Puede consultar el formulario (Lista de medicamentos) y cualquier restricción de este en nuestro sitio web. Los costos de algunos medicamentos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Para consultar el formulario (Lista de medicamentos) y el directorio de farmacias, visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://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 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 [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.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 en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Si su plan incluye cobertura de la Parte D, revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **Comprenda las reglas importantes**

- 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 o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.



**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.

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 seleccionar qué tipo de producto(s) desea que el agente analice con usted.	
<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage con planes de medicamentos recetados de la Parte D
<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage sin planes de medicamentos recetados de la Parte D

**Firma del beneficiario o representante autorizado, número de teléfono y fecha de la firma:**

_____	(____) _____	_____
Firma	Número de teléfono	Fecha de la firma

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba a continuación:**

_____	_____
Nombre del representante ( <i>impreso</i> )	Su relación con el beneficiario

**Debe ser completado por el agente:**

Si el beneficiario firma el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se firmó el Alcance de la Designación (SOA) antes de la reunión.

_____	_____
Nombre del beneficiario	Teléfono del beneficiario
_____	
Dirección del beneficiario	
_____	
Método inicial de contacto (indique si el beneficiario se presentó sin cita previa)	
_____	
Dónde tuvo lugar la visita sin cita previa (es 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 agente o NPN
_____	
Firma del agente	

## 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.

## 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.

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.

### 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.

**Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios  
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Elija el plan al que quiere unirse:

<b>Sin medicamentos con receta</b>	<b>Con medicamentos con receta</b>
<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select \$0	<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select w/Rx \$0
<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred \$83	<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred w/Rx \$135
<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium \$199	<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium w/Rx \$243

PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Opcional: Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM / DD / AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
( / / )

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Opcional: Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal).  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Información de Medicare:**

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de BSW SeniorCare Advantage?  
 Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de miembro para esa cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en BSW SeniorCare Advantage.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que BSW SeniorCare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de BSW SeniorCare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de BSW SeniorCare Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta BSW SeniorCare Advantage y los incluidos en la "Evidencia de cobertura" de BSW SeniorCare Advantage (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni BSW SeniorCare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si firma un representante autorizado (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción.
  - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

**Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales**

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.**

¿Es usted de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no de origen hispano, latino/a o español
- Si, puertorriqueño
- Si, otro origen hispano, latino/a o español
- Si, mexicano, mexicanoamericano, chicano/a
- Si, cubano
- Elijo no contestar.**

¿Cual es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Asiático:
  - Chino
  - Coreano
  - Filipino
  - Indio asiático
  - Japones
  - Vietnamita
  - Otro asiático
- Nativo hawaiano y isleño del pacifico
  - Guameña o Chamorro
  - Nativo hawaiano
  - Samoano
  - Otro isleño del pacifico
- White
- Elijo no contestar.**

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Letra grande

Comuníquese con Baylor Scott & White Health Plan al 1-866-334-3141 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente.

Nuestro horario de oficina es:

**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 principales días festivos.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.

Cerrado los principales días festivos.

¿Usted trabaja?  Sí  No

¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Su dirección de correo electrónico:

**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.

**Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he mudado, y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del centro el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente he abandonado un programa PACE el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me he visto afectado por una emergencia o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias [FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones indicadas aquí aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana, de 8 am a 8 pm (cerrado en días festivos). Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm (cerrado en días festivos).

## 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](https://www.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 campos de esta página son obligatorios  
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Elija el plan al que quiere unirse:

<b>Sin medicamentos con receta</b>	<b>Con medicamentos con receta</b>
<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select \$0	<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select w/Rx \$0
<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred \$83	<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred w/Rx \$135
<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium \$199	<input type="checkbox"/> BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium w/Rx \$243

PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Opcional: Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM / DD / AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
( / / )

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Opcional: Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal).  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Información de Medicare:**

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de BSW SeniorCare Advantage?  
 Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de miembro para esa cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en BSW SeniorCare Advantage.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que BSW SeniorCare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de BSW SeniorCare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de BSW SeniorCare Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta BSW SeniorCare Advantage y los incluidos en la "Evidencia de cobertura" de BSW SeniorCare Advantage (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni BSW SeniorCare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si firma un representante autorizado (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción.
  - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_



**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.

**Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he mudado, y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del centro el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente he abandonado un programa PACE el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me he visto afectado por una emergencia o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias [FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones indicadas aquí aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana, de 8 am a 8 pm (cerrado en días festivos). Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm (cerrado en días festivos).

## INFORMACION IMPORTANTE:

### Calificación 2024 de Medicare con Estrellas



#### Baylor Scott & White Health Plan - H8142

En el 2024, Baylor Scott & White Health Plan - H8142 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 PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ 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](https://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).

NOTAS

NOTAS

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](http://MyBSWMedicare.com)



Baylor Scott & White  
Health Plan

**BSW SENIORCARE**  
ADVANTAGE • HMO-POS

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.

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

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