CENTRO DE TEXAS

Su 2025 guía de INSCRIPCIÓN

Medicare Advantage HMO-POS

Diseño de seguros basados en valores (VBID)

$0 Prima con ayuda adicional*

$0 Recetas con ayuda adicional*

$0 Atención primaria

$0 Atención virtual

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

H8142_25PEK-CTXVBID-SP_M

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

Cuando esté listo para inscribirse, encontrará todos los formularios que necesita en el compartimento de adelante de esta guía.

Dentro de esta guía

- Introducción e información sobre la inscripción
- Resumen de beneficios para 2025

Dentro del compartimento

- Formulario de solicitud de inscripción individual *(necesario para inscribirse en Medicare Advantage)*
- Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare *(opcional)*
- Sobre de correo de respuesta comercial
- Calificación con estrellas de Medicare Advantage
- Alcance del formulario de citas *(solo puede usarlo un corredor/agente)*

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.

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.

*En el plan Select Rx Assist, si califica para recibir Ayuda adicional (Subsidio por bajos ingresos), su prima mensual es de $0 y sus medicamentos con receta cubiertos son de $0.

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

Su presupuesto.

Con primas reducidas de hasta $0 y copagos asequibles, el plan BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist le ayuda a administrar su salud Y sus gastos mensuales. Si califica para obtener Ayuda adicional,* el costo de sus medicamentos con receta es de $0, lo que hace que su presupuesto para la atención médica rinda mucho más.

Si no califica para recibir Ayuda adicional, los costos de sus medicamentos con receta en este plan serán el 25 % del costo del medicamento con receta después de alcanzar el deducible de la Parte D.

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 los siguientes:

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

*Ayuda adicional de Medicare y Subsidio por bajos ingresos (LIS):

La Ayuda adicional, también conocida como Subsidio por bajos ingresos, es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar las primas, los deducibles, el coseguro y otros costos de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). También libera a aquellos que califican de tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para saber si califica, visite lo siguiente:
Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs; o
Administración del Seguro Social en **ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**

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

Cómo funciona Medicare

Original Medicare

PARTE A

Cobertura parcial para los siguientes servicios:

Hospital con servicios de internación

Centro de enfermería especializada

Atención médica a domicilio

PARTE B

Cobertura parcial para los siguientes servicios:

Consultas al médico de atención primaria

Cirugía para pacientes externos

Servicios de laboratorio

Equipo médico duradero

Medicare Advantage ofrecido a través de BSW SENIORCARE ADVANTAGE • HMO-POS

PARTE C

Es similar y sustituye a Original Medicare con gastos de bolsillo predecibles y otros. Incluye lo siguiente:

Beneficios de audición

Beneficios de la vista

Beneficios dentales

Membresía de acondicionamiento físico

PARTE D

Cobertura de medicamentos con receta adicional a lo que cubre Original Medicare.

Cómo calificar para BSW SeniorCare Advantage

- 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 de la Parte A de Medicare. Si no cuenta con la Parte A de Medicare, puede adquirirla a través del Seguro Social.

Cómo calificar para la Ayuda adicional

Para obtener información, consulte el recuadro gris de la página anterior.

Períodos de inscripción en Medicare

IEP

Siete meses

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL

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

AEP

Del 15 de octubre al 7 de diciembre

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL (AEP)

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

OEP

Del 1 de enero al 31 de marzo

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA (OEP)

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

SEP

Acontecimiento que califica

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL (SEP)

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.

BSW SeniorCare Advantage

Inscribirse en un plan Medicare Advantage como BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist de Baylor Scott & White Health Plan puede ayudar a disminuir sus gastos de bolsillo para la atención médica y ofrecerle 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, no es necesario que seleccione un médico de atención primaria (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 nuestro directorio 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?

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 sin complicaciones

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.

Comuníquese con un agente de seguros con licencia 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 2025 ofrecen cobertura para un examen de la vista de rutina anual, más una asignación anual para la compra de lentes de contacto, marcos 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 BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist 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**.

En BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist, se incluyen 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

Las pólizas del seguro dental están suscritas por Metropolitan Life Insurance Company, 200 Park Avenue, New York, NY 10166.

Membresía de acondicionamiento físico. BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist 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. Cuando necesite ayuda con el transporte de rutina, puede contar con su plan BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist. El plan incluye servicio de transporte a lugares aprobados, como citas médicas, consultas de fisioterapia, laboratorios, tiendas de comestibles y farmacias.

Comidas a domicilio. El plan BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist incluye comidas que se pueden entregar en su hogar después de una hospitalización. Este apoyo adicional puede ayudar a facilitar la recuperación y garantizar que reciba la nutrición que necesita en un momento crítico.

Asignación para medicamentos de venta libre (OTC). El plan 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.

Novedades de este año: Asignación para medicamentos de venta libre ahora incluye comestibles seleccionados.

El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, FitnessCoach, Silver&Fit Connected! y Something for Everyone son marcas comerciales de ASH. Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones. La participación en el centro de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.

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

Medicamentos con receta asequibles

Con BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist, no es necesario un plan de medicamentos con receta de la Parte D por separado. En este plan, se incluyen beneficios de medicamentos con receta sin prima adicional.

Si califica para obtener Ayuda adicional,* sus medicamentos con receta cubiertos están disponibles por $0. Si no califica, pagará el 25 % del costo de los medicamentos cubiertos en este plan después de alcanzar el deducible de la Parte D.

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

- **Autorización previa:** BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist 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 en función 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

BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist también ofrece un conveniente servicio de pedido por correo.

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** para ver el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias.

*Si no califica para obtener la Ayuda adicional, encuentre información sobre otros planes en **MyBSWMedicare.com** o comuníquese con el agente local.

Opción de plan de pagos de medicamentos con receta

El **plan de pago de medicamentos con receta de Medicare** es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos con receta de Medicare Advantage. Puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo y distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). La participación **no es obligatoria**.

Cómo funciona

Si selecciona esta opción de pago, cada mes seguirá pagando la prima de su plan (si tiene una), y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para pagar sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). La inscripción en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare no tiene costo adicional.

¿Es esta opción adecuada para usted?

Depende de su situación. Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos mensuales, pero **no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos**. Es más probable que se beneficie de participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare si tiene costos altos de medicamentos a principios del año calendario. Si bien puede comenzar a participar en esta opción de pago en cualquier momento del año, si comienza más temprano en el año (como antes de septiembre) tendrá más meses para distribuir sus costos de medicamentos.

Visite **Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me** para responder algunas preguntas, y averigüe si es probable que se beneficie de esta opción de pago.

Es posible que esta opción no sea la mejor opción para usted en los siguientes casos:

- Sus costos anuales de medicamentos son bajos.
- Los costos de sus medicamentos son los mismos todos los meses.
- Está considerando la posibilidad de inscribirse en la opción de pago a finales del año calendario (después de septiembre).
- No quiere cambiar la forma en que paga sus medicamentos.
- Recibe o es elegible para recibir Ayuda adicional de Medicare.
- Recibe o es elegible para recibir un Programa de ahorros de Medicare.
- Recibe ayuda para pagar sus medicamentos de otras organizaciones, como un
- Programa de asistencia farmacéutica estatal (SPAP), un programa de cupones u otra cobertura de salud.

Para obtener información sobre cómo inscribirse en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, consulte la página siguiente.

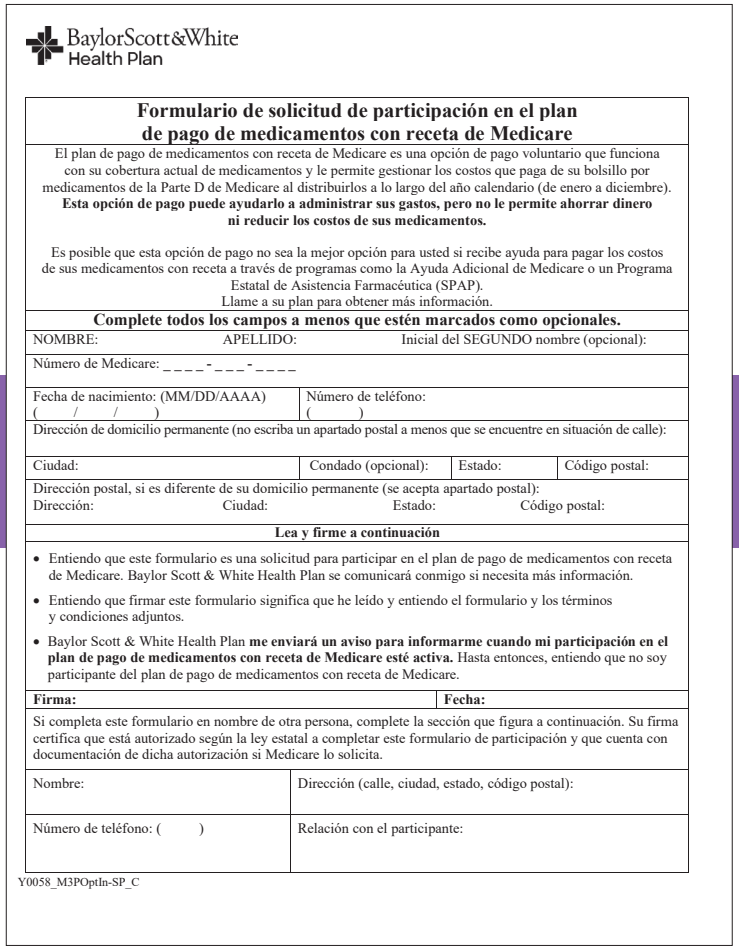
Comuníquese con un agente de seguros con licencia al **1.800.782.5068/TTY: 711**

Cómo participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si revisó la información de la página anterior y le gustaría participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare opcional, puede participar de las siguientes maneras:

- Complete el formulario de solicitud de elección en **Enrollment.Cap-Rx.com/BSW_Medicare**.
- O llame al **1.833.502.3340**.
- O complete el Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, Incluido en el compartimento frontal de esta guía de inscripción, y devuélvalo en el sobre de correo de respuesta comercial

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al **1.833.502.3340**, los siete días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.



BaylorScott&White Health Plan

Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos y le permite gestionar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales.

NOMBRE: APELLIDO: Inicial del SEGUNDO nombre (opcional):

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /) | Número de teléfono: ( )

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal a menos que se encuentre en situación de calle):

Ciudad: | Condado (opcional): | Estado: | Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se acepta apartado postal):
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Baylor Scott & White Health Plan se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Baylor Scott & White Health Plan **me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

Firma: **Fecha:**

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección que figura a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal a completar este formulario de participación y que cuenta con documentación de dicha autorización si Medicare lo solicita.

Nombre: | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Número de teléfono: ( ) | Relación con el participante:

Y0058_M3POptIn-SP_C

OPCIONAL

Cómo inscribirse en nuestro plan Medicare Advantage

Puede inscribirse en BSW SeniorCare Advantage de las siguientes maneras:

- Visite **MyBSWMedicare.com** e inscríbase en línea.
- O llame al **1.800.782.5068** para hablar con un agente autorizado.

  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.

- O complete el Formulario de solicitud de inscripción individual incluido en el compartimento frontal de esta guía de inscripción y devuélvalo en el Sobre de correo de respuesta Comercial. Si prefiere enviarnos el Formulario por correo electrónico, puede hacerlo a **MedicareEnrollment@BSWHealth.org** o puede enviarlo por fax al **1.254.298.3334**.
- O inscríbase a través del centro de inscripción en línea a Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en **Medicare.gov**.

OMB No. 0938-1378
Expires: 6/30/2026

Baylor Scott & White Health Plan

BSW SENIORCARE ADVANTAGE • HMO-POS

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.

H8142_25CTXVBIDAPP-SP_C

OBLIGATORIO

Baylor Scott & White Health Plan

MS-A4-126
Enrollment Dept.

NO POSTAGE NECESSARY IF MAILED IN THE UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 54 TEMPLE TX
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH PLAN
MS-A4-126
1206 W CAMPUS DR
TEMPLE TX 76502-9916

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

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.

Si optó por el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una confirmación de su participación en un plazo de 10 días.

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

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro dentro de los 10 días posteriores a la inscripción o antes del último día del mes previo a la fecha de entrada en vigencia de su plan.

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 seguros con licencia al **1.800.782.5068/TTY: 711**

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

RESUMEN DE BENEFICIOS

Medicare Advantage HMO-PPO

Diseño de seguros basados en valores (VBID)

CENTRO DE TEXAS

H8142_009CTXSB2025-SP_M

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 2025 al 31 de diciembre de 2025

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* disponible en nuestro sitio web BSWHealthPlan.com/Medicare antes del 15 de octubre de 2024.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre 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

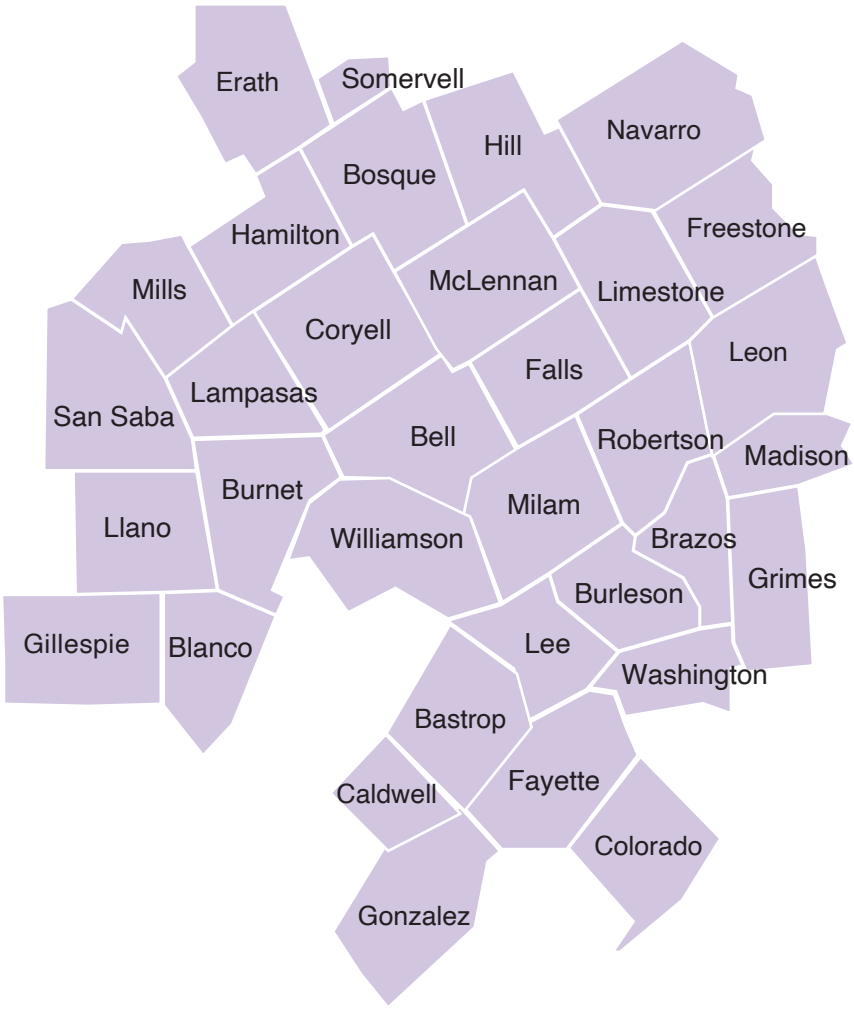
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto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

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?

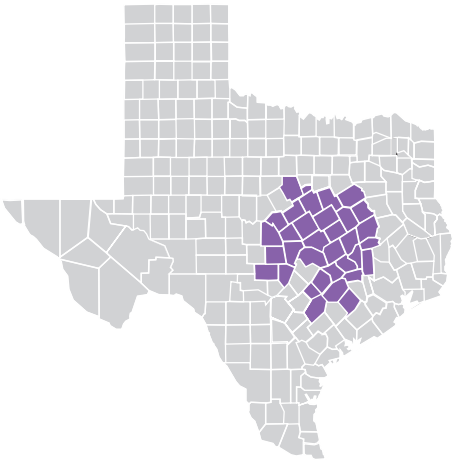
Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage HMO-POS, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Navarro, 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 incluyen 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, Navarro, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y 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. Debe utilizar proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, a menos que el plan autorice lo contrario.

¿Qué cubrimos?

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

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.
- BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS) está diseñado para aquellas personas que reciben Ayuda adicional. La Ayuda adicional proporciona asistencia para el pago de primas y copagos a los beneficiarios de Medicare con ingresos bajos. BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS) ofrece planificación de bienestar y atención médica con evaluaciones de salud, programas de administración de la atención, evaluaciones a domicilio y consultas anuales de bienestar.

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	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Sin subsidio por bajos ingresos	Usted paga $18.30 por mes.
Con subsidio por bajos ingresos	Usted paga $0 por mes.
Deducible	Usted paga $0.
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	Usted paga $5,800 al año.
Hospital para pacientes internados*	Días 1-6: Copago de $325 cada día por estadía. Días 7-90: Copago de $0 cada día por estadía.
Hospital para pacientes externos*	
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de $250 por consulta.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga un copago de $325 por consulta.
Consultas médicas	
Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de $0 por consulta.
Especialista	Usted paga un copago de $25 por consulta.
Atención preventiva	Usted paga un copago de $0.
Atención de emergencia Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de $120 por consulta.
Servicios de urgencia 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.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Usted paga un copago de $0.
Servicios de laboratorio	Usted paga un copago de $0.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI])	Usted paga un copago de $0 a $300.
Radiografías para pacientes externos	Usted paga un copago de $0.
Servicios auditivos	
Examen auditivo cubierto por Medicare	Usted paga un copago de $40 por examen auditivo cubierto por Medicare.
Examen auditivo de rutina Se limita a un examen al año.	Usted paga un copago de $0 por examen.
Audífonos	Asignación de $1,500 para la compra de audífonos cada tres años.
Servicios odontológicos **Odontología preventiva y de diagnóstico**	**Dentro y fuera de la red combinados**
Exámenes orales: Un examen cada seis meses.	Copago de $0 por cada examen oral.
Radiografías dentales: Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.	Copago de $0 por cada radiografía.
Otros servicios odontológicos de diagnóstico: Radiografías periapicales según sea necesario.	Copago de $0 por cada radiografía periapical.
Profilaxis (limpieza): Una limpieza cada seis meses.	Copago de $0 por cada limpieza.
Otros servicios odontológicos preventivos: Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar y moldes de diagnóstico).	Copago de $0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Servicios odontológicos (continuación)	
Máximo anual de beneficios:	$3,000 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos combinados.
Servicios odontológicos integrales	
Servicios de restauración:	Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.
Un empaste de resina o amalgama por superficie por diente cada 24 meses.	
Un par de dentaduras postizas cada cinco años.	
Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años.	
Endodoncia:	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.
Un tratamiento de conducto, uno por diente, de por vida.	
Recubrimiento pulpar según sea necesario.	
Un tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación por diente de por vida.	
Periodoncia:	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.
Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses.	
Mantenimiento periodontal por hasta dos veces cada año calendario.	
Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.	
Prostodoncia, removibles	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.
Un par de dentaduras postizas a través de un prostodoncista cada cinco años calendario.	
Un ajuste de dentadura postiza cada seis meses.	
Una reparación de base o revestimiento dental cada 36 meses.	
Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	
Servicios de implantes	Coseguro del 50% por cada servicio de implante.
Un implante por diente cada 10 años calendario.	
Una reparación de implante y prótesis implantosoportada por posición dental cada 10 años calendario.	

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Servicios odontológicos (continuación)	
Prostodoncia, fijas Un par de dentaduras postizas cada cinco años calendario. Un ajuste de dentadura postiza cada seis meses. Una reparación de base o revestimiento dental cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses. Puentes cubiertos cada 10 años.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia fija.
Cirugía oral y maxilofacial Cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas. Una biopsia por cepillado cada 24 meses. Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.	Coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.
Servicios generales complementarios Una consulta y ajuste oclusal cada 12 meses. Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario.	Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.
Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de cobertura* para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido. Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente: • cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y • cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.	

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Servicios de la vista	
Lentes y accesorios El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto.	Asignación de $170 para la compra de lentes y accesorios cada año.
Examen de la vista de rutina	Usted paga un copago de $0 para un examen de la vista de rutina por año.
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted paga un copago de $40 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.
Servicios de salud mental	
Hospitalización*	Días 1-5: Copago de $318 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de $0 cada día por estadía.
Terapia individual o grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de $30 por consulta.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	Días 1-20: Copago de $0 cada día. Días 21-100: Copago de $214 cada día.
Fisioterapia	
Terapia ocupacional	Usted paga un copago de $35 por consulta.
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga un copago de $35 por consulta.
Servicio de ambulancia	
Ambulancia terrestre	Usted paga un copago de $300.
Ambulancia aérea*	Usted paga un copago de $300.
Transporte (adicional, de rutina)	Usted paga un copago de $0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
Medicamentos de quimioterapia Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.	Usted paga un coseguro del 0%-20%.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) **Otros medicamentos de la Parte B** Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado. Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.	Usted paga un coseguro del 0%-20%.
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*	Usted paga un copago de $0 por consulta.
Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de $40 por consulta.
Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos	Usted paga un copago de $0 por consulta.
Servicio de tratamiento de opioides*	Usted paga un copago de $45 por consulta.
Beneficio de comidas	Usted paga un copago de $0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
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.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo (continuación)	
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.

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

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

*** Se requiere autorización previa.**

Medicamentos con receta para pacientes externos		
	BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)	
	Deducible	
Sin subsidio por bajos ingresos	$590	
Con subsidio por bajos ingresos	$0	
	Suministro minorista estándar de 30 días	**Suministro de pedido por correo de 90 días**
Sin subsidio por bajos ingresos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Con subsidio por bajos ingresos	$0	$0
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los $2,000, usted pagará $0.	

Para miembros sin subsidio por bajos ingresos (Ayuda adicional):
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. Para consultar el formulario (Lista de medicamentos) y el directorio de farmacias, visite BSWHealthPlan.com/Medicare.

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

Lo alentamos a que nos informe de inmediato si, después de convertirse en miembro, tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos con receta. Para obtener ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (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 (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite BSWHealthPlan.com/Medicare 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.

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 2026.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- ☐ Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.

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.

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.

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

¡Obtenga más información hoy!

MyBSWMedicare.com

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.

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 seleccionar qué tipo de producto(s) desea que el agente analice con usted.

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

_____ 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 *(impreso)* | 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

ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS
FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN

BaylorScott&White Health Plan

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.

OMB No. 0938-1378
Expires: 6/30/2026

BaylorScott&White Health Plan

BSW SENIOR*CARE* ADVANTAGE • HMO-POS

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.

Baylor Scott & White Health Plan

Central Texas
BSW SENIORCARE
ADVANTAGE • HMO-POS

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

Elija el plan al que quiere unirse:

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select Rx Assist **$0 con** Ayuda Adicional (Subsidio por Ingresos Limitados)

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select Rx Assist **$18.30 sin** Ayuda Adicional

PRIMER nombre:	APELLIDO:	Opcional: Inicial del 2.º nombre:
Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A) (/ /)	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:

Nombre: _____ **Fecha:** _____

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, mexicoamericano, chicano/a
- ☐ Si, cubano
- ☐ **Elijo no contestar.**

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

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático:

- ☐ Chino
- ☐ Coreano
- ☐ Filipino
- ☐ Indio asiático
- ☐ Japones
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro asiático

- ☐ Negro o afroamericano

Nativo hawaiano y isleño del pacifico

- ☐ Guameña o Chamorro
- ☐ Nativo hawaiano
- ☐ Samoano
- ☐ Otro isleño del pacifico

- ☐ White
- ☐ **Elijo no contestar.**

¿Cuál es tu género? Seleccione uno.

- ☐ la mujer
- ☐ el hombre
- ☐ no binario
- ☐ Utilizo un término diferente: _____
- ☐ **Elijo no contestar.**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de ti mismo? Seleccione uno.

- ☐ Lesbianas o gays
- ☐ Straigh, es decir, no gay o lesbiana
- ☐ el bisexual o la bisexual
- ☐ Utilizo un término diferente: _____
- ☐ no sé
- ☐ **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:

Nombre: _____ **Fecha:** _____

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.

Para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario solamente

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

La firma: _____

Número Nacional de Productor (solo Agentes/Corredores): _____

Solo para uso de agente/corredor:

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.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

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).

Baylor Scott & White Health Plan

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Baylor Scott & White Health Plan - H8142

En el 2025, Baylor Scott & White Health Plan - H8142 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas:	★★★★½
Calificación de los Servicios de Salud:	★★★★☆
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	★★★★½

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**.

¿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 (TTY) 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 (TTY).

BaylorScott&White Health Plan

Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos y le permite gestionar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales.

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del SEGUNDO nombre (opcional):
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _		
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Número de teléfono: ( )	

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal a menos que se encuentre en situación de calle):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se acepta apartado postal):
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Baylor Scott & White Health Plan se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Baylor Scott & White Health Plan **me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

Firma:	**Fecha:**

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección que figura a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal a completar este formulario de participación y que cuenta con documentación de dicha autorización si Medicare lo solicita.

Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):
Número de teléfono: ( )	Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completado a la siguiente dirección:

Baylor Scott & White Health Plan
Attn: Medicare Enrollment Department
1206 W. Campus Drive
Temple, TX 76502

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en www.Enrollment.Cap-Rx.com/BSW_Medicare o llamarnos al 833.502.3340 para hacer su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 833.502.3340, los siete días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Términos y condiciones:

Usted da fe y comprende que debe ser miembro de la Parte D de Medicare para participar en este programa. Usted reconoce y acepta que la ley no exige su participación en el programa del plan de medicamentos con receta de Medicare (MPPP) y que este es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los CMS pueden ajustar los requisitos del programa del MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden afectar su posición en el programa del MPPP, el funcionamiento del programa del MPPP u otros aspectos del programa. Cuando participa en el MPPP, acepta el reembolso de todos y cada uno de los costos de prescripción aplicables en los que haya incurrido durante su participación en el programa del MPPP. Además, acepta que su información privada, incluida la información de salud protegida, puede comunicarse a entidades de terceros para ofrecerle a usted ciertos servicios o funciones del programa del MPPP. Para obtener más información, consulte la Política de privacidad de Capital Rx en www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, usted entiende que el contenido, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su respetuoso propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.

Baylor Scott & White Health Plan ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS como una organización Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Care Plan ofrece los planes Covenant Health Advantage HMO como una organización MA a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage PPO como una organización MA a través de un contrato con Medicare. La inscripción en uno de estos planes depende de la renovación del contrato del plan de salud con Medicare.