



2023 Norte de Texas

Guía de inscripción

Medicare Advantage HMO





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

Dentro de esta guía

- Introducción/Información de inscripción
- Resumen de beneficios para 2023
- Alcance del formulario de citas
- Solicitud de inscripción
- Calificación con estrellas de Medicare
- Sobre de correo de respuesta comercial

Información de contacto

Agente de seguros con licencia/Ventas

1.800.782.5068 TTY: 711

De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes

Inscríbase en línea

BSWHealthPlan.com/Medicare

Enviar las solicitudes de inscripción completadas por correo postal a:

[Baylor Scott & White Health Plan](#)

[Attn: Enrollment Department](#)

[1206 W. Campus Drive](#)

[Temple, TX 76502](#)

Solicitudes de inscripción completadas por fax a:

[1.254.298.3334](#)

Servicio al Cliente

[1.866.334.3141](#) TTY: 711

De 7 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

Siéntase seguro, Baylor Scott & White Health Plan está cuando lo necesita.

Rentable. El plan BSW SeniorCare Advantage HMO incluye una prima mensual de \$0, copagos asequibles, y está disponible con o sin beneficios de medicamentos con receta. El plan con beneficios de medicamentos con receta también incluye el servicio de pedido por correo.

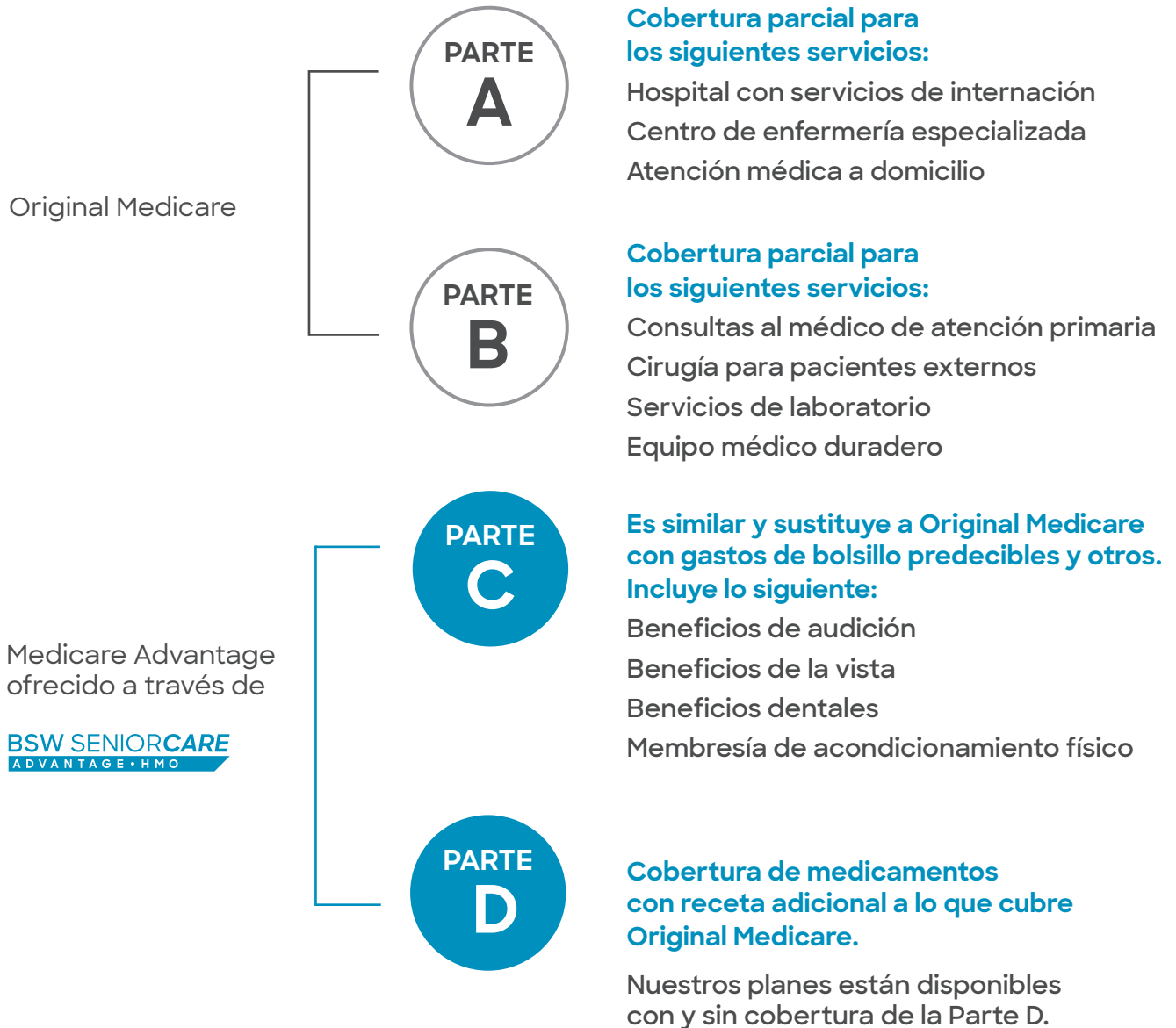
Conveniente. Acceso a todos los proveedores de Baylor Scott & White Health y a miles de proveedores dentro de la red en todo el centro y el norte de Texas, además de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. No se requieren derivaciones para consultar a los especialistas de la red.

Completa. BSW SeniorCare Advantage no solo le brinda todos los beneficios de Original Medicare, como acceso a médicos y hospitales, sino que también incluye algunos beneficios complementarios para ayudarlo a reducir sus gastos de bolsillo. Los beneficios incluyen 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 (OTC)



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



IEP

Siete meses

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL (IEP)

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 HMO 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 HMO no tiene que seleccionar a un PCP para que dirija su atención. Puede consultar a un especialista de la red sin una derivación.

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

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://www.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://www.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 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.

¿Por qué la atención integrada es una mejor atención?

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.

1. 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.
2. Puede acceder a su información médica y a la información de su plan de salud en el mismo lugar: [MyBSWHealth.com](https://www.mybswhealth.com).
3. También hay una aplicación conveniente cuando necesita su información en el momento (la aplicación MyBSWHealth, disponible en App Store o Google Play).
4. 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 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, incluido 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 2023 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 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](https://www.aao.org)

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

Transporte de rutina. Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO incluyen un servicio de transporte de rutina a lugares aprobados, como citas médicas, consultas de fisioterapia, laboratorios, tiendas de comestibles y farmacias.

Comidas a domicilio. Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO 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 incluyen una asignación trimestral de compra 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
(con o sin cobertura de medicamentos con receta)
se incluyen beneficios complementarios sin una prima adicional.**



Medicamentos con receta asequibles

El plan BSW SeniorCare Advantage HMO se puede adquirir con o sin beneficios de medicamentos con receta. El plan con beneficios de medicamentos con receta no tiene deducible y ofrece copagos reducidos desde \$5 para medicamentos genéricos preferidos. 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 ciertas condiciones 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 el Nivel 2 están disponibles por un copago de \$0; los medicamentos con receta del Nivel 3 y el Nivel 4 están disponibles por dos copagos en lugar de tres para un suministro para 90 días.



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

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.

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.

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.

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 (Health Risk Assessment, HRA), información de contacto importante del plan, entre otras cosas.

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. Para activar la tarjeta, llame al número proporcionado en el paquete de la tarjeta. Luego, estará lista para usar.

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.



Tres formas simples de inscribirse

1. En línea. BSWHealthPlan.com/Medicare

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

2. Por teléfono. [1.800.782.5068](tel:1.800.782.5068)/TTY: 711

De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes

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

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



Correo electrónico:

MedicareEnrollment@BSWHealth.org



Correo postal:

Coloque todas las páginas del formulario de inscripción completado y firmado dentro del sobre con franqueo pagado que se incluye en esta guía.

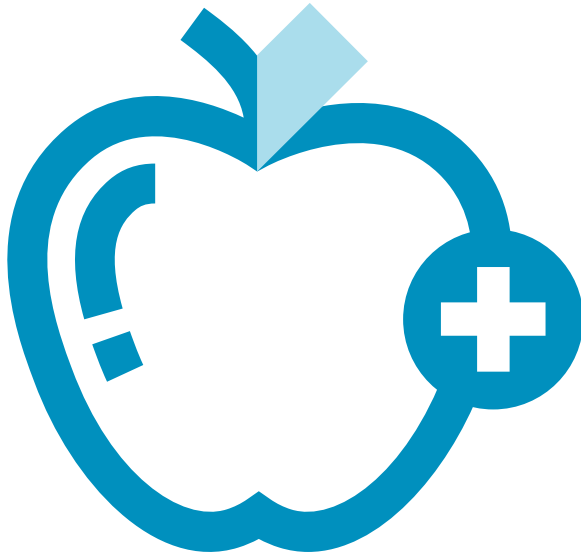


Fax:

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 HMO a través del centro de inscripción en línea a Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) en www.medicare.gov.



Resumen de beneficios

Norte de Texas HMO

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

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de 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 en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2022.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre BSW SeniorCare Advantage HMO 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

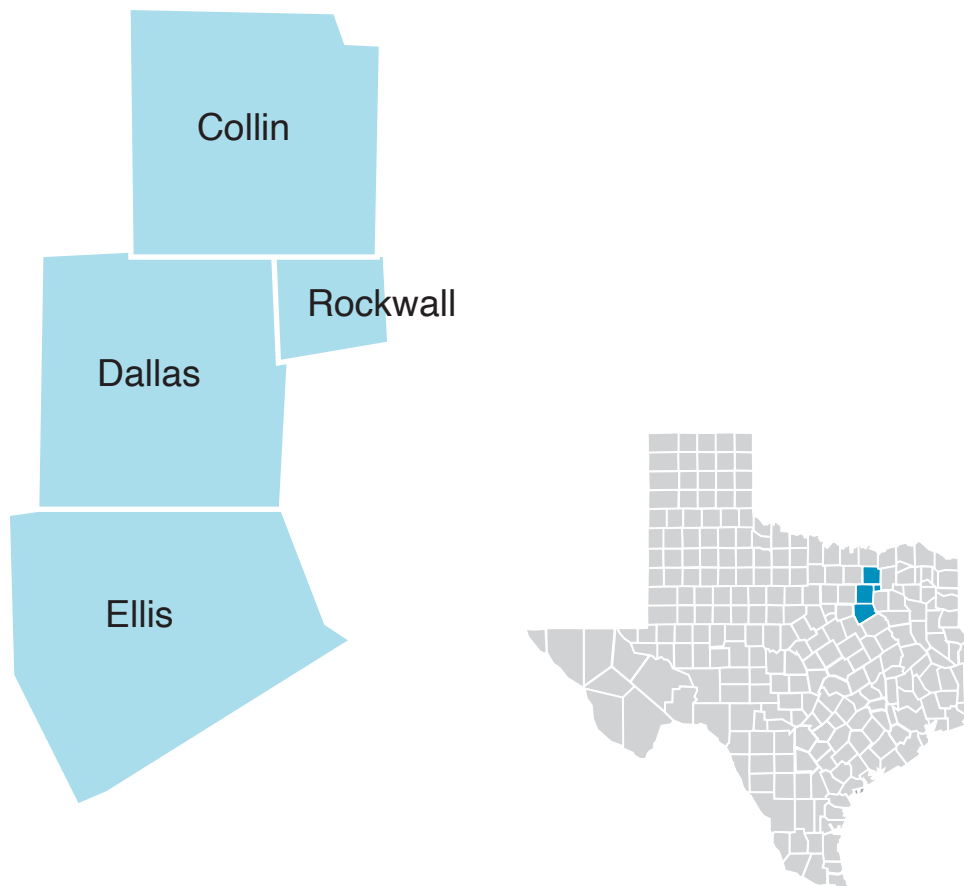
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (incluidos los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
- 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, 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 en Texas: Collin, Dallas, Ellis y Rockwall.

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



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

Collin, Dallas, Ellis and Rockwall

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BSW SeniorCare Advantage HMO 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 HMO cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, BSWHealthPlan.com/Medicare.

Primas y beneficios	Select Rx Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Select Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$0 por mes.	Usted paga \$0 por mes. BSW SeniorCare Advantage Select (HMO) 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 SSA.gov para obtener más información.
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	Usted paga \$5,000 al año.	Usted paga \$5,550 al año.
Hospital para pacientes internados*	Días 1 - 5: Copago de \$200 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.	Días 1 - 5: Copago de \$200 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.
Hospital para pacientes externos*		
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$250 por consulta.	Usted paga un copago de \$250 por consulta.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga un copago de \$275 por consulta.	Usted paga un copago de \$275 por consulta.
Consultas médicas		
Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Especialistas	Usted paga un copago de \$20 por consulta.	Usted paga un copago de \$20 por consulta.
Atención preventiva	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select Rx Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Select Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por consulta. 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 \$90 por consulta. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$50 por consulta. 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. Si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes* Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) Radiografías para pacientes externos	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$75 a \$200 por consulta. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$75 a \$200 por consulta. Usted paga un copago de \$0.
Servicios auditivos Examen auditivo cubierto por Medicare Examen auditivo de rutina	Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0. Limitado a 1 consulta por año.	Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0. Limitado a 1 consulta por año.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select Rx Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Select Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
Servicios auditivos (continuación) Audífonos	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Asignación de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.
Servicios odontológicos Beneficio máximo anual Deducible Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses) Radiografías dentales (ciertas radiografías cada tres años) Endodoncia (un tratamiento de conducto por diente de por vida) Extracciones y empastes (ilimitados) Periodoncia (cada tres años) Restauración dental (dentaduras postizas una vez cada cinco años) Prostodoncia, otros tipos de cirugía oral/maxilofacial, otros servicios (cada cinco años. Dentaduras postizas a través de un prostodoncista una vez cada cinco años) 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.	\$2,500 Usted paga \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%.	\$2,500 Usted paga \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%.

***Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select Rx Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Select Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
Servicios de la vista		
Lentes y accesorios	Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.	Asignación de \$125 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.	Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.
Servicios de salud mental		
Consulta para pacientes internados*	Días 1 - 5: Copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.	Días 1 - 5: Copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: Copago de \$0 cada día.
Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$30.
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 \$196 cada día.	Días 1 - 20: Copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: Copago de \$196 cada día.
Fisioterapia		
Consulta de terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$35.	Usted paga un copago de \$35.
Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje*	Usted paga un copago de \$35.	Usted paga un copago de \$35.
Servicios de ambulancia		
Ambulancia terrestre	Usted paga un copago de \$300.	Usted paga un copago de \$265.
Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$300.	Usted paga un copago de \$265.
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.	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.

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select Rx Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Select Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos de quimioterapia Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>
<p>Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Atención médica a domicilio*</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40.</p>
<p>Servicios de telesalud: proveedores de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Servicio de tratamiento de opioides*</p>	<p>Usted paga un copago de \$45.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.</p>

*Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select Rx Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Select Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
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.	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.
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo		
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Atención de urgencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Transporte de emergencia/urgencia	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Beneficio máximo anual	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000.	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 en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2022.

Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Select Rx	
Deducible	\$0 Se aplica a los Niveles 1 a 5.	
Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si se aplica)	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660. 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 [LTC] o infusión a domicilio, y suministros para 30 o 90 días).</p>	
	Suministro minorista estándar de 30 días	Suministro de pedido por correo de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$5.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (Genérico)	Usted paga \$20.	Usted paga \$0.
Nivel 3 (Marca preferida)	Usted paga \$47. Insulinas Selectas por un copago de \$35.	Usted paga \$94. Insulinas Selectas por un copago de \$70.
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Usted paga \$100.	Usted paga \$200.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga el 30% del costo.	No disponible.
Modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D	<p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage HMO para Insulinas Selectas. Los costos que paga de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$35 para un suministro de un mes durante la etapa del deducible y la etapa de cobertura inicial. BSW SeniorCare Advantage HMO también ofrece cobertura adicional durante la etapa del período sin cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, el costo que paga de su bolsillo para Insulinas Selectas también será \$35 para un suministro de un mes. Las Insulinas Selectas son medicamentos del Nivel 3 y pueden identificarse a través de la abreviación “SI” en la Lista de medicamentos.</p>	
Período sin cobertura	<p>Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,660, usted no pagará más que un coseguro del 25% por medicamentos genéricos o un coseguro del 25% por medicamentos de marca.</p>	

Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)

Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluido los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none">• Un coseguro del 5%, o• Un copago de \$4.15 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 por todos los demás medicamentos.
---	--

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a servicio al cliente para obtener más información.

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

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, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Los costos compartidos pueden cambiar dependiendo de la farmacia que usted elija y cuando ingrese en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales propios de la farmacia y sobre las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura* en línea.

Lista de verificación previa a la inscripción

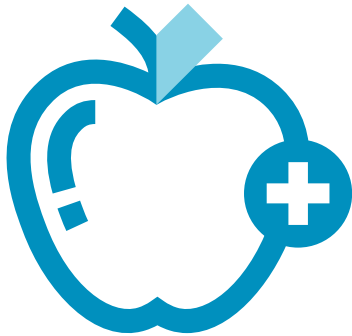
Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711) de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

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

- 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 y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- 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).



BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de 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.

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



Gracias por aceptar reunirse con un agente autorizado de seguros, que tiene contrato con Baylor Scott & White Health Plan o es empleado de este. Durante la reunión, usted no tiene la obligación de inscribirse en un plan. El agente de ventas no lo inscribirá automáticamente en ningún plan que le presente. El estado actual o futuro de su inscripción en Medicare no se verá afectado.

A continuación, escriba sus iniciales junto al tipo de producto que desea que el agente le explique.
_____ Planes Medicare Advantage con Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D
_____ Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D
_____ Plan Dental Suplementario Opcional

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 complete la información a continuación en letra de imprenta:

_____	_____
Nombre del representante (<i>letra de imprenta</i>)	Su relación con el beneficiario

To be completed by Agent / Información que debe completar el agente:

_____	_____
Beneficiary Name / Nombre del beneficiario	Beneficiary Phone / Teléfono del beneficiario (opcional)

Beneficiary Address / Dirección del beneficiario (opcional)

Initial Method of Contact (indicate if beneficiary was a walk-in) / Método inicial de contacto (indique si el beneficiario se acercó sin tener una cita)

Where the walk-in took place (i.e., agent's office) / Lugar al que el beneficiario se acercó sin una cita (por ejemplo, la oficina del agente)

Plan(s) the agent represented during this meeting / Plan(es) que el agente presentó durante la reunión

_____	_____
Agent Name / Nombre del agente	Agent Phone / Teléfono del agente

_____	_____
Date Appointment Completed / Fecha en que se completó la cita	Agent Writing # or NPN / N.º de agente del seguro o NPN

Agent Signature / Firma del agente

Plan Use Only / Para uso exclusivo del plan

El documento Scope of Appointment (SOA, Alcance de una cita) está sujeto a los requisitos de retención de archivos de los CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).
 Agente: Si el beneficiario firmó el formulario durante la cita, asegúrese de explicar por qué no se documentó el SOA antes de la cita.

Descripciones del plan

Planes Medicare Advantage con Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia o atención urgente, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.
- **Plan de Organización de Proveedores Preferidos de Medicare (PPO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, por lo general, a un costo mayor.

Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.

Plan Dental Suplementario Opcional

El plan ofrece beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir las necesidades de servicios dentales. Este plan no está afiliado ni vinculado a Medicare. No es un plan dental independiente.

El seguro dental se proporciona mediante Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). Cada aseguradora tiene responsabilidad económica por sus propios productos.

Baylor Scott & White Health Plan ofrece planes HMO de BSW SeniorCare Advantage HMO como una organización de Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Care Plan ofrece planes HMO de Covenant Health Advantage como una organización MA a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece planes PPO de 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.

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



Gracias por aceptar reunirse con un agente autorizado de seguros, que tiene contrato con Baylor Scott & White Health Plan o es empleado de este. Durante la reunión, usted no tiene la obligación de inscribirse en un plan. El agente de ventas no lo inscribirá automáticamente en ningún plan que le presente. El estado actual o futuro de su inscripción en Medicare no se verá afectado.

A continuación, escriba sus iniciales junto al tipo de producto que desea que el agente le explique.
_____ Planes Medicare Advantage con Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D
_____ Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D
_____ Plan Dental Suplementario Opcional

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 complete la información a continuación en letra de imprenta:

_____	_____
Nombre del representante (<i>letra de imprenta</i>)	Su relación con el beneficiario

To be completed by Agent / Información que debe completar el agente:

_____	_____
Beneficiary Name / Nombre del beneficiario	Beneficiary Phone / Teléfono del beneficiario (opcional)

Beneficiary Address / Dirección del beneficiario (opcional)

Initial Method of Contact (indicate if beneficiary was a walk-in) / Método inicial de contacto (indique si el beneficiario se acercó sin tener una cita)

Where the walk-in took place (i.e., agent's office) / Lugar al que el beneficiario se acercó sin una cita (por ejemplo, la oficina del agente)

Plan(s) the agent represented during this meeting / Plan(es) que el agente presentó durante la reunión

_____	_____
Agent Name / Nombre del agente	Agent Phone / Teléfono del agente

_____	_____
Date Appointment Completed / Fecha en que se completó la cita	Agent Writing # or NPN / N.º de agente del seguro o NPN

Agent Signature / Firma del agente

Plan Use Only / Para uso exclusivo del plan

El documento *Scope of Appointment (SOA, Alcance de una cita)* está sujeto a los requisitos de retención de archivos de los CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Agente: Si el beneficiario firmó el formulario durante la cita, asegúrese de explicar por qué no se documentó el SOA antes de la cita.

Descripciones del plan

Planes Medicare Advantage con Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia o atención urgente, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.
- **Plan de Organización de Proveedores Preferidos de Medicare (PPO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, por lo general, a un costo mayor.

Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.

Plan Dental Suplementario Opcional

El plan ofrece beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir las necesidades de servicios dentales. Este plan no está afiliado ni vinculado a Medicare. No es un plan dental independiente.

El seguro dental se proporciona mediante Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). Cada aseguradora tiene responsabilidad económica por sus propios productos.

Baylor Scott & White Health Plan ofrece planes HMO de BSW SeniorCare Advantage HMO como una organización de Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Care Plan ofrece planes HMO de Covenant Health Advantage como una organización MA a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece planes PPO de 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.



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
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.

En español: llame a Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

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:

Sin medicamentos con receta

BSW SeniorCare Advantage HMO Select \$0

Con medicamentos con receta

BSW SeniorCare Advantage HMO Select c/Rx \$0

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

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

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano, latino/a o español | <input type="checkbox"/> Si, mexicano, mexicoamericano, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Si, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Si, cubano |
| <input type="checkbox"/> Si, otro origen hispano, latino/a o español | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no contestar. | |

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacifico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> White | |
| <input type="checkbox"/> 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 si necesita información en un formato accesible que no se mencionó arriba. Nuestro horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

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.

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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.



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
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.

En español: llame a Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

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:

Sin medicamentos con receta

BSW SeniorCare Advantage HMO Select \$0

Con medicamentos con receta

BSW SeniorCare Advantage HMO Select c/Rx \$0

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

Fecha de nacimiento: (MM / DD / A A A A) Sexo: Número de teléfono:
(/ /) Masculino Femenino ()

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano, latino/a o español | <input type="checkbox"/> Si, mexicano, mexicoamericano, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Si, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Si, cubano |
| <input type="checkbox"/> Si, otro origen hispano, latino/a o español | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no contestar. | |

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacifico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> White | |
| <input type="checkbox"/> 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 si necesita información en un formato accesible que no se mencionó arriba. Nuestro horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

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.

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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2022 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Baylor Scott & White Health Plan - H8142

En el 2022, 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 diversos 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 que 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 [medicare.gov/plan-compare](https://www.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. Miembros actuales favor de llamar 866-334-3141 (número gratuito) o al 711.

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](https://www.MyBSWMedicare.com)



BaylorScott&White
Health Plan

BSW SENIORCARE
ADVANTAGE • HMO™

BSW SeniorCare Advantage HMO 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.