

Un plan de Medicare para
su **Better** versión.

2021
Guía de
inscripción
CENTRO DE TEXAS

BSW SENIORCARE
ADVANTAGE • HMO



Información de contacto



Ventas/un agente de seguro con licencia

1.800.782.5068

TTY: 711

8 a. m. a 5 p. m.

Lunes a viernes



Inscríbese en línea

advantage.swhp.org



Solicitudes de inscripción completadas por correo

Scott & White Health Plan
Attention:

Enrollment Department

1206 W. Campus Drive

Temple, TX 76502



Solicitudes de inscripción completadas por fax

1.254.298.3334



Servicio al Cliente

1.866.334.3141

TTY: 711

7 a. m. a 8 p. m.

7 días de la semana

Dentro de esta guía

Introducción/información de inscripción

Resumen de beneficios de 2021

Alcance del formulario de citas

Solicitud de inscripción

Calificación con estrellas de Medicare

Sobre de correo de respuestas comercial

Scott And White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare, proporciona los planes BSW SeniorCare Advantage HMO. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.



Scott & White
HEALTH PLAN



Part of
Baylor Scott & White
HEALTH

Un plan de Medicare para su mejor versión.

Un plan de Medicare Advantage como **BSW SeniorCare Advantage HMO** de Scott and 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 Medicare Original.

Si valora el buen precio, la elección y los beneficios adicionales sin costos agregados, BSW SeniorCare Advantage puede ser adecuado para usted.



Disfrute del acceso a todos los médicos y centros de Baylor Scott & White y centros en todo el centro y norte de Texas.



Planes disponibles con y sin beneficios para medicamentos con receta.



Beneficios para los servicios de la vista, auditivos, dentales y acondicionamiento físico incluidos en todos los planes.

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.

Una experiencia integral del cuidado de la salud

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage, tiene la libertad de realizar una consulta con cualquier proveedor de Baylor Scott & White Health, independientemente del lugar en el que se encuentre. Baylor Scott & White Health brinda una amplia variedad de servicios médicos para pacientes internados, pacientes externos, de rehabilitación y de emergencia en 50 hospitales y más de 900 clínicas y centros quirúrgicos.*

Para su conveniencia, la red de BSW SeniorCare Advantage también incluye proveedores fuera de Baylor Scott & White Health. Esto le proporciona acceso a 2500 médicos de atención primaria, 14 500 especialistas y 184 centros en todo el norte y el centro de Texas.

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

Cómo funciona el plan

Salvo para la atención de urgencia y emergencia, debe recibir su atención y servicios de un proveedor de la red de BSW SeniorCare Advantage HMO de Scott and White Health Plan. Si elige obtener servicios fuera de la red que no sean de emergencia, será personalmente responsable del pago de todos los cargos.

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

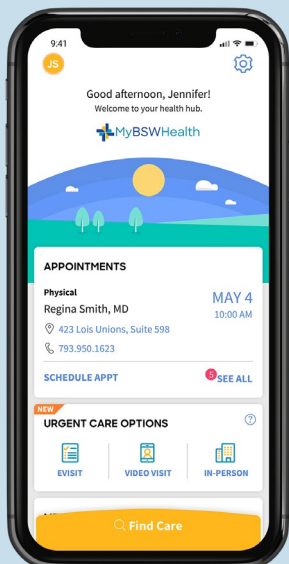
No. Con los planes BSW SeniorCare Advantage HMO no tiene que seleccionar a un PCP para que dirija su atención. Puede consultar a un especialista sin una remisión.

¿Cómo puede encontrar un proveedor de la red?

Pregúntele a su agente de seguro local acerca de nuestros directorios de proveedores o consulte “Find a Provider” (Encuentre un proveedor) en línea en [advantage.swhp.org](https://www.advantage.swhp.org).

Las herramientas de autoservicio aseguran un **Better** acceso en cualquier momento, en cualquier lugar

Con la aplicación MyBSWHealth, los miembros pueden acceder a la información de su atención médica y de su seguro de salud en un portal seguro durante las 24 horas, los siete días de la semana.



Los miembros pueden hacer lo siguiente:

- Encontrar un proveedor
- Programar citas y acceder a atención virtual
- Enviarle mensajes a su proveedor
- Acceder a una copia digital de su identificación del seguro
- Ver los resultados de las pruebas
- Revisar las facturas y pagarlas
- Volver a pedir medicamentos con receta y administrarlos en las farmacias BSWH
- Ver las reclamaciones y los pagos para su gasto de bolsillo máximo

Cómo funciona Medicare



Parte A de Medicare Seguro de hospitalización

Generalmente ayuda a cubrir los servicios proporcionados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o servicios de salud en el hogar).



Parte B de Medicare Seguro médico

Para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de un médico y otros servicios para pacientes externos) y determinados productos (como equipo médico duradero y suministros).



Parte C de Medicare Medicare Advantage

Los planes de Medicare Advantage, como BSW SeniorCare Advantage HMO, son planes de seguros de salud privados aprobados por Medicare para personas inscritas en la Parte A y la Parte B de Medicare Original. Los planes de Medicare Advantage cuentan con beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como la atención de la vista y de la audición.



Parte D de Medicare Cobertura para medicamentos con receta

La parte de Medicare que proporciona cobertura para medicamentos con receta para pacientes externos. Tres planes BSW SeniorCare Advantage HMO incluyen cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Atención virtual con MyBSWHealth

Con MyBSWHealth, los miembros pueden recibir atención desde la comodidad de sus hogares o en cualquier lugar de Texas y retirar medicamentos con receta en la farmacia que elijan. Sin copagos.

Realice una consulta virtual para afecciones médicas comunes y reciba atención con rapidez:

- Complete una entrevista en línea sobre sus síntomas; solo toma entre 5 y 10 minutos.
- Reciba una respuesta de un proveedor de Baylor Scott & White Health dentro de una hora.

Programe una consulta por video en el día con un proveedor, cara a cara:

- Programe una cita.
- Hable en directo con un proveedor de Baylor Scott & White Health acerca de los síntomas.
- Las consultas son breves: solo de 10 o 15 minutos.



Los médicos clínicos están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. CT.

Obtenga la aplicación MyBSWHealth



BSW SeniorCare Advantage HMO - Centro de Texas - Con vigencia a partir del 1 de enero de 2021

Beneficios del plan médico*	Select	Preferred	Premium
Prima mensual	\$0	\$132	\$241.50
Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	\$0	\$83	\$199
Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D**	\$0	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0	\$0
Máximo del bolsillo con la Parte D	\$6300	\$4500	\$4500
Máximo del bolsillo sin la Parte D	\$5900	\$4500	\$4500
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Consulta al médico de atención de especialidad (SCP)	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$0
Consulta de telesalud (PCP, SCP, servicios de psiquiatría)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio (es posible que se aplique un copago por consulta aparte)	Copago de \$0 a \$75	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, SPECT, CTA, CT, PET, cardiología nuclear)	Copago de \$300	Copago de \$15	Copago de \$0
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla (por consulta)	Copago de \$25	Copago de \$15	Copago de \$0
Hospital con servicios de internación	Días 1-6: \$325/día Días 7-90: \$0/día	\$575/estadía	Copago de \$0
Salud mental para pacientes internados	Días 1-5: \$318/día Días 6-90: \$0/día	\$575/estadía	Copago de \$0
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Días 1-20: \$0/día Días 21-100: \$176/día	Días 1-20: \$0/día Días 21-100: \$50/día	Días 1-20: \$0/día Días 21-100: \$15/día
Cirugía para pacientes externos (centro)	Copago de \$350	Copago de \$15	Copago de \$0
Centro quirúrgico ambulatorio (centro)	Copago de \$275	Copago de \$100	Copago de \$0
Ambulancia (solo en los EE. UU.)	Copago de \$265	Copago de \$75	Copago de \$40
Atención de emergencia (solo en los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$90	Copago de \$90	Copago de \$90
Atención de urgencia (solo en los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$50	Copago de \$40	Copago de \$40
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Copago de \$0

* Esta no es una descripción completa de los beneficios. Consulte el Resumen de beneficios dentro de esta guía para obtener información más detallada sobre los planes. Una vez inscrito, podrá consultar la

Evidencia de cobertura para obtener más información sobre los beneficios.

** Si tiene la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D a través de otra compañía, la cobertura para sus medicamentos finalizará cuando comience su nuevo plan BSW SeniorCare Advantage. Los planes de Medicare Advantage no permiten que los miembros tengan cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de dos planes de Medicare Advantage diferentes. (Los planes de medicamentos con receta independientes [PDP] se consideran planes de Medicare Advantage.) Si se inscribe en un plan médico de BSW SeniorCare Advantage sin cobertura para medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si intenta inscribirse para obtener cobertura para medicamentos con receta más adelante.

Beneficios para medicamentos con receta	Select	Preferred	Premium
Monto de cobertura inicial	\$4130	\$4130	\$4130
Deducible	\$300	\$100	\$0
El deducible se aplica a lo siguiente:	Niveles 4-5	Niveles 4-5	Niveles 1-5
Copagos por compra minorista durante el período de cobertura inicial			
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$6	Copago de \$3	Copago de \$2
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$15	Copago de \$12
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$45	Copago de \$45
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$95	Copago de \$95
Nivel 5 - Medicamentos especializados	Coseguro del 27 %	Coseguro del 31 %	Coseguro del 33 %
Copagos de pedido por correo	Los niveles 1 y 2 tienen un copago de \$0; los niveles 3 y 4 tienen 2 copagos para un suministro para 90 días.		
Monto posterior a la cobertura inicial - Paga			
Medicamentos genéricos preferidos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Otros medicamentos genéricos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Medicamentos de marca	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Gasto de bolsillo total que paga antes de la cobertura en caso de catástrofe	\$6550	\$6550	\$6550
Montos de cobertura en caso de catástrofe - Paga	El 5 % o \$3,70, lo que sea mayor, para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$9,20 para todos los demás medicamentos		



Medicamentos con receta asequibles

En las tres opciones de planes BSW SeniorCare Advantage HMO se incluyen beneficios para medicamentos con receta asequibles. No se requiere el pago de una prima adicional. Cuando necesite obtener una receta, simplemente presente su identificación de miembro en una farmacia de la red. 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.

Por su salud y seguridad, los planes de Medicare Advantage podrían tener requisitos o límites adicionales respecto a la cobertura para medicamentos con receta, incluidos los siguientes:

- **Autorización previa:** BSW SeniorCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del plan de salud antes de obtener sus recetas.
- **Límites de cantidad:** algunos medicamentos tienen límites respecto a la cantidad que puede obtener de una vez.

Visite advantage.swhp.org para ver el formulario (lista de medicamentos) y los directorios de farmacias.



Beneficios adicionales de BSW SeniorCare Advantage

Es posible que los beneficios de Medicare Original no sean suficientes para satisfacer sus necesidades de atención médica. BSW SeniorCare Advantage no solo le brinda todos los beneficios de Medicare Original, como acceso a médicos y hospitales, sino que también incluye algunos beneficios adicionales para ayudarlo a reducir los gastos de su bolsillo.

Para todos los planes BSW SeniorCare Advantage HMO (aquellos que cuenten con cobertura para medicamentos con receta o no) se incluyen beneficios para los servicios de la vista, auditivos, dentales y acondicionamiento físico sin una prima adicional.

Beneficios adicionales	Select	Preferred	Premium
Examen de la vista de rutina (uno por año; debe utilizar un proveedor de Superior Vision)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Gafas (debe utilizar un proveedor de Superior Vision)	\$125 de asignación anual para la compra	\$125 de asignación anual para la compra	\$125 de asignación anual para la compra
Examen auditivo de rutina (uno por año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Audífonos	\$1000 de asignación anual para la compra cada 3 años	\$1000 de asignación anual para la compra cada 3 años	\$1000 de asignación anual para la compra cada 3 años
Membresía de gimnasio/club de acondicionamiento físico (en las ubicaciones de Silver&Fit participantes)	\$0	\$0	\$0
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC) (debe usar la tarjeta para OTC de la red en los minoristas participantes; no se acumula)	\$30 por trimestre	\$30 por trimestre	\$30 por trimestre
Comidas a domicilio (14 comidas por alta del hospital a su hogar; límite de 3 altas por año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Transporte de rutina (hasta 24 viajes de ida o vuelta por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada sentido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de apoyo a domicilio (hasta 5 turnos de cuatro horas de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria [ADL] por año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0



Asignación para medicamentos de venta libre (OTC)

Su plan BSW SeniorCare Advantage incluye una asignación trimestral de compra de los minoristas participantes para los productos de venta libre elegibles, como vendajes, medicamentos para el resfriado y la alergia, analgésicos y más. Entre los minoristas participantes se incluyen los siguientes: CVS, Discount Drug Mart, Dollar General, Family Dollar, HEB, Rite Aid, Walmart, Walgreens/Duane Reade y otras ubicaciones de farmacias independientes.

Nota: Las farmacias CVS en Target no aceptan tarjetas para OTC de la red. Los montos que no se usaron no se acumulan de un trimestre a otro ni para el año siguiente.



Beneficios dentales

Medicare Original no cubre la atención dental tradicional, pero el plan BSW SeniorCare Advantage HMO incluye beneficios dentales sin prima adicional.

Libertad de elección. El Programa de Dentistas Preferidos de MetLife es un plan dental PPO. Puede realizar una consulta con cualquier dentista con licencia, dentro o fuera de la red del Programa de Dentistas Preferidos (PDP) Plus de MetLife, y recibir beneficios. Encuentre un dentista participante en [MetLife.com](https://www.metlife.com).

Beneficios dentales	
Beneficio anual máximo	\$2000
Deducible	\$0
Exámenes bucales, limpiezas (cada 6 meses)	\$0
Radiografías dentales (cada 3 años)	\$0
Extracciones y empastes	50 %
Prótesis dentales (cada 5 años)	50 %
Servicios restaurativos	50 %

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

Para obtener más información sobre cualquiera de los beneficios mencionados en estas páginas, incluida una lista completa de las exclusiones y limitaciones, consulte el Resumen de beneficios que se incluye en este libro y la Evidencia de cobertura.



Cómo inscribirse

Asegúrese de que reúne los requisitos

- Debe vivir en nuestra área de servicio. Consulte el mapa del área de servicio de BSW SeniorCare Advantage que se encuentra en el Resumen de beneficios para asegurarse de que vive en 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.



Inscríbese en línea. Es fácil.

advantage.swhp.org

Este es un sitio web seguro, por lo que se mantiene la confidencialidad de cualquier información que proporcione. Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en BSW SeniorCare Advantage HMO a través del centro de inscripción a Medicare en línea de CMS que se encuentra en www.medicare.gov.



O inscríbese por teléfono.

1.800.782.5068/TTY: 711

8 a. m. a 5 p. m. Lunes a viernes



O complete una solicitud de inscripción. *(Incluida en esta guía).*

Seleccione su elección de plan en la parte superior del formulario. Utilice la información de su tarjeta de Medicare para completar la parte superior del formulario. NO envíe su tarjeta; simplemente copie la información en el formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar el formulario de inscripción. Su firma en el formulario indica que usted ha leído y comprende el proceso de inscripción. No podemos procesar su formulario de inscripción sin su firma. Luego, asegúrese de completar alguno de los siguientes pasos:



Envíe su solicitud por correo electrónico: MedicareEnrollment@bswhealth.org



O envíe su solicitud por correo: Coloque cada página del formulario de inscripción completado y firmado en el sobre con franqueo pagado que se incluye en esta guía para devolver el formulario.



O envíe su solicitud por fax: 1.254.298.3334

Procesaremos su solicitud y luego le enviaremos una carta de acuse de recibo y un kit de bienvenida que explica cómo acceder a su documento de Evidencia de cobertura. También le enviaremos una carta de confirmación con la fecha de entrada en vigencia de su membresía. Recibirá su identificación de miembro de BSW SeniorCare Advantage en un sobre separado.

¿Tiene preguntas sobre la inscripción? **1.800.782.5068/TTY: 711**

Un plan de Medicare para
su **Better** versión.

2021
Resumen
de beneficios

CENTRO DE TEXAS

BSW SENIORCARE
ADVANTAGE • HMO



Scott & White
HEALTH PLAN



Part of
Baylor Scott & White
HEALTH

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

Resumen de beneficios

1 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021

BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La solicitud de cobertura BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Este folleto le brinda un resumen de lo que incluye la cobertura y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que incluidos en la cobertura ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que incluimos en la cobertura, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre de 2020.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios y servicios médicos le brinda un resumen de lo que incluye la cobertura de 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 y servicios médicos. O utilice el Buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**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 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, de las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes.
- Nuestra página web: advantage.swhp.org

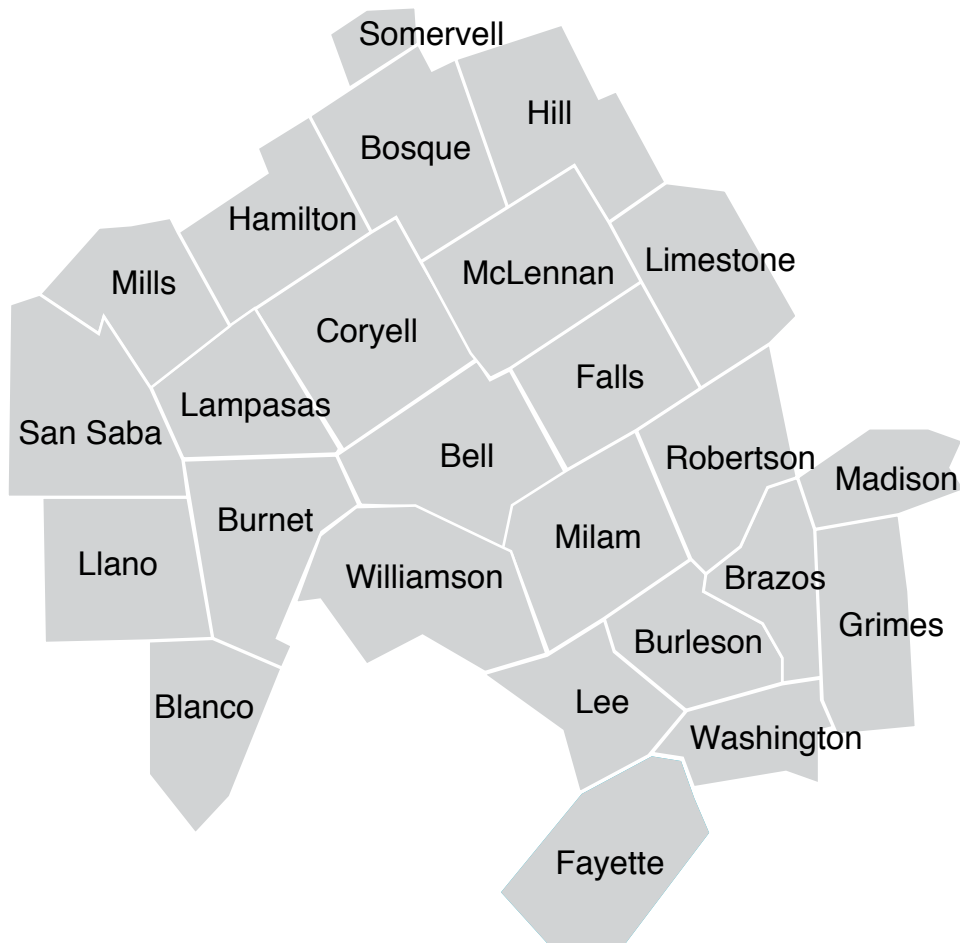
Este documento está disponible en otros formatos, como por ejemplo en letra grande. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a BSW SeniorCare Advantage HMO, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

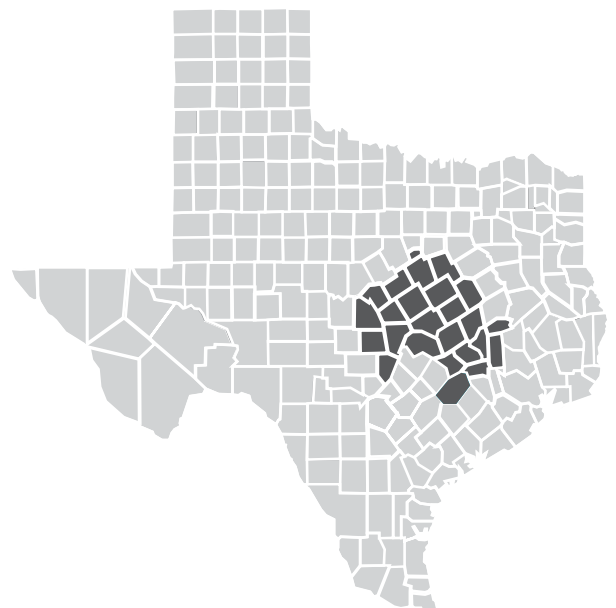
¿Cuál es el área de servicio en para el centro de Texas

BSW Senior Care Advantage HMO?



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

Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Grimes, Hamilton, Hill, Lamparas, Lee, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, Williamson



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BSW SeniorCare Advantage HMO tiene un directorio de la red de médicos, hospitales, farmacias y otros prestadores de servicios médicos que se pueden encontrar en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Debe utilizar prestadores de servicios médicos y farmacias de la red para los servicios incluidos en la cobertura, a menos que la cobertura autorice lo contrario.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestra cobertura incluye todo lo que está incluido en la cobertura de Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios incluidos en la cobertura de Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestra cobertura de lo que pagaría en Original Medicare. En otros casos, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo incluido en la cobertura de Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

BSW SeniorCare Advantage HMO incluye en su cobertura 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 Lista de medicamentos 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 la Lista de medicamentos completa de la cobertura (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, advantage.swhp.org.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p>Prima mensual del plan</p> <p>Con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>Usted paga \$0 por mes.</p>	<p>Usted paga \$132 por mes.</p> <p>Usted paga \$83 por mes.</p>	<p>Usted paga \$241.50 por mes.</p> <p>Usted paga \$199 por mes.</p>
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<p>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</p> <p>Con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p>	<p>Usted paga \$6.300 al año.</p> <p>Usted paga \$5.900 al año.</p>	<p>Usted paga \$4.500 al año.</p> <p>Usted paga \$4.500 al año.</p>	<p>Usted paga \$4.500 al año.</p> <p>Usted paga \$4.500 al año.</p>
Hospital para hospitalización	Días 1 a 6: copago de \$325 por día. Días 7 a 90: copago de \$0 por día.	Usted paga un copago de \$575 por estadía.	Usted paga \$0 de copago.
Hospital ambulatorio			
<p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$275.</p> <p>Usted paga un copago de \$350.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100.</p> <p>Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>
Visitas al doctor			
<p>Prestadores principales de servicios médicos</p> <p>Especialistas</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>
Cuidado preventivo	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$90 por visita. Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.
Servicios que se necesitan con urgencia	Usted paga un copago de \$50 por visita. Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$40 por visita. Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$40 por visita. Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios de laboratorio	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios diagnósticos de radiología, p. ej., tomografía por resonancia magnética o tomografía computarizada (MRI, CAT Scan, en inglés)	Usted paga un copago de \$75 a \$300 por visita.	Usted paga un copago de \$0 a \$15 por visita.	Usted paga \$0 de copago.
Radiografías para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios auditivos			
Examen auditivo cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$40 por un examen de audición cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por un examen de audición cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición cubierto por Medicare.
Examen auditivo de rutina	Usted paga \$0 de copago. Limitado a 1 visita por año.	Usted paga \$0 de copago. Limitado a 1 visita por año.	Usted paga \$0 de copago. Visitas ilimitadas cada año.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de audición (continuación) Audífonos	Subsidio de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Subsidio de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Subsidio de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.
Servicios dentales			
Beneficio anual máximo	\$2,000	\$2,000	\$2,000
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Exámenes bucales, limpiezas (cada seis meses)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Radiografías dentales (cada tres años)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Extracciones y rellenos	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.
Restauración dental (cada dos años)	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.
Dentaduras postizas (cada cinco años)	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.
Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de los servicios dentales. Aplican exclusiones y limitaciones. Vea la <i>Evidencia de cobertura</i> para detalles completos sobre el beneficio dental.			

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de la vista			
Anteojos	Subsidio de \$125 para la compra de anteojos cada año.	Subsidio de \$125 para la compra de anteojos cada año.	Subsidio de \$125 para la compra de anteojos cada año.
Examen de rutina de la vista	Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.
Servicios de salud mental			
Consulta de paciente hospitalizado	Días 1 - 5: copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: copago de \$0 por día.	Usted paga un copago de \$575 por estadía.	Usted paga \$0 de copago.
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$176 por día.	Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$50 por día.	Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$15 por día.
Fisioterapia			
Consulta de terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje.	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios de ambulancia			
Ambulancia terrestre	Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.
Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.
Transporte (rutina adicional)	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Medicamentos de quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.
Programa de bienestar (por ejemplo, condición física o fitness)	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
Atención médica en el hogar	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Cuidado de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios de teleconsulta: médicos de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Servicio de tratamiento de opioides	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Beneficio de comida	Usted paga \$0 de copago por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga \$0 de copago por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga \$0 de copago por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
Servicios de apoyo a domicilio Con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de asistencia de cuatro horas en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.	Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de asistencia de cuatro horas en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.	Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de asistencia de cuatro horas en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de asistencia en el hogar (continuación) Sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Usted paga \$0 de copago por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) anualmente.	Usted paga \$0 de copago por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) anualmente.	Usted paga \$0 de copago por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) anualmente.

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

Órdenes médicas y autorizaciones

No se requieren órdenes médicas de su prestador principal de servicios médicos para los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener detalles completos, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre de 2020.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	Select		Preferred		Premium	
Deducible	\$300 se aplican a los Niveles 4 y 5.		\$100 se aplican al Nivel 4 y al Nivel 5.		\$0 se aplica a los Niveles 1 - 5.	
Cobertura inicial (Después de pagar su deducible, si aplica)	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que el costo anual de sus medicamentos totalice \$4,130. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo.</p> <p>Los gastos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia (por ejemplo, pedidos por correo, atención médica a largo plazo (LTC, en inglés) o infusiones en el hogar, y suministros para 30 o 90 días).</p>					
	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$6.	Usted paga \$0.	Usted paga \$3.	Usted paga \$0.	Usted paga \$2.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (Medicamento genérico)	Usted paga \$20.	Usted paga \$0.	Usted paga \$15.	Usted paga \$0.	Usted paga \$12.	Usted paga \$0.
Nivel 3 (Marca preferida)	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
Nivel 4 (No preferido)	Usted paga \$100.	Usted paga \$200.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
Nivel 5 (Especialidad)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible	Usted paga el 31% del costo.	No disponible	Usted paga el 33% del costo.	No disponible
Modelo de ahorros para personas mayores de la Parte D	<p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage para determinadas insulinas. Los costos de desembolso personal para determinadas insulinas serán de \$35 durante la etapa de deducible y cobertura inicial. BSW SeniorCare Advantage también ofrece cobertura de brecha adicional para determinadas insulinas. Durante la etapa de lapso de cobertura, sus costos de desembolso personal para determinadas insulinas también serán de \$35.</p>					
Lapso de cobertura	<p>Después de que sus gastos totales de medicamentos (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,130, no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o el 25% de coseguro por medicamentos de marca.</p>					

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios			
	Select	Preferred	Premium
Cobertura catastrófica	Después de que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,550, usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coaseguro, o • Copago de \$3.70 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un Copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos. 		

Información sobre su beneficio de recetas

Lo alentamos a que nos informe de inmediato, si después de convertirse en asegurado tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos recetados. Para asistencia, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141, de 7 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).

Los gastos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los gastos compartidos adicionales específicos de la farmacia y 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 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite advantage.swhp.org o llame al 1-866-334-3141 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de prestadores de servicios médicos (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora sean de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus prescripciones.

Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual de la cobertura, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente es deducida de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y / o los copagos / coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Excepto en situaciones de atención médica de emergencia o inmediata, no incluimos en la cobertura los servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de prestadores de servicios médicos).

Scott And White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare, ofrece BSW SeniorCare Advantage HMO. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

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

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



Gracias por aceptar reunirse con un agente autorizado de seguros, que tiene contrato con Scott and 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.

Por favor 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.

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



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, 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.

Scott and White Health Plan y su subsidiaria, Insurance Company of Scott and White, son organizaciones de Medicare Advantage con contratos de Medicare. Scott and White Health Plan ofrecen planes HMO. Insurance Company of Scott and White ofrece planes PPO. La inscripción en Scott and White Health Plan o Insurance Company of Scott and White depende de la renovación del contrato.

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

Scott and White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

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:

Scott and 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 Scott and 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 Scott and 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.

**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
 BSW SeniorCare Advantage HMO Preferred \$83
 BSW SeniorCare Advantage HMO Premium \$199

Con medicamentos con receta

- BSW SeniorCare Advantage HMO Select c/Rx \$0
 BSW SeniorCare Advantage HMO Preferred c/Rx \$132
 BSW SeniorCare Advantage HMO Premium c/Rx \$241.50

PRIMER nombre:		APELLIDO:		Opcional: Inicial del 2.º nombre:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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.
- 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 las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- 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.
- 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.

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 Scott and 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:

Cómo pagar las primas de su plan (si corresponde)

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 Scott and 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 afectó una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (tal como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Uno de los demás enunciados que figuran aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con Scott and 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.

2021 Star Ratings

Scott and White Health Plan - H8142

Calificaciones por estrellas Medicare 2021

El Programa Medicare evalúa anualmente los planes por un sistema de calificaciones con 5 estrellas. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2021, Scott and White Health Plan recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

★★★★☆
4.5 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Scott and White Health Plan

Servicios de Planes de Salud: ★★★★★
5 estrellas

Servicios de Planes de Medicamentos: ★★★★★
4 estrellas

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

- ★★★★★ 5 estrellas - excelente
- ★★★★ 4 estrellas - por encima del promedio
- ★★★ 3 estrellas - promedio
- ★★ 2 estrellas - por debajo del promedio
- ★ 1 estrella - malo

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

Usted nos puede contactar 7 días a la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central al 866-334-3141 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto). Miembros actuales por favor llamar al 866-334-3141 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto).

Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and 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.

Nuestra misión

Baylor Scott & White Health, fundada como un ministerio cristiano de curación hace más de 100 años, promueve el bienestar de todas las personas, las familias y las comunidades.

¡Obtenga más información hoy!

MySWHPGuide.com



Scott And White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare, ofrece BSW SeniorCare Advantage HMO. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

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