BaylorScott&White Health Plan

BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) ofrecido por Scott and White Health Plan (que opera bajo el nombre de Baylor Scott & White Health Plan)

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1.1 y 1.4 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.

☐ Piense acerca de los costos de atención médica generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?

- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022.** La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana (excepto los principales días festivos).
- Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).

- **La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO)

- BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, que opera bajo el nombre de 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.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Baylor Scott & White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan	$83	$83
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$4,500	$4,500
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Copago de $0 por consulta Consultas con un especialista: Copago de $25 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de $0 por consulta Consultas con un especialista: Copago de $25 por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Copago de $575 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Copago de $700 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2022
Índice

Resumen de costos importantes para 2022 1

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 3

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 3

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 3

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores 4

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos 5

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 7

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 7

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) 7

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 8

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 9

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 9

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 10

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? 11

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) 11

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 11

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$83	$83

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo". Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$4,500	$4,500 Una vez que haya pagado $4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web advantage.swhp.org, se encuentra disponible un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT)
- Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Examen físico anual	No se ofrece.	Usted paga un copago de $0 para un examen físico anual.
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Programas educativos sobre salud y bienestar	No se ofrece un rastreador de actividad.	Los miembros pueden solicitar un Fitbit o un Garmin de Silver&Fit® y rastrear su actividad a través de Connected! Beneficio ofrecido con el Programa de ejercicio y envejecimiento saludable de Silver&Fit®. Ingrese o inscríbase en silverandfit.com o llamando al 1-877-427-4788.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de apoyo a domicilio	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Usted paga un copago de $575 para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de $700 para las hospitalizaciones para pacientes internados cubiertas por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes internados	Usted paga un copago de $575 para las hospitalizaciones para la atención de salud mental cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de $700 para las hospitalizaciones para la atención de salud mental cubiertas por Medicare.
Beneficio de comidas	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Servicios especializados de salud mental	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Servicios de terapia ocupacional	Usted paga un copago de $15 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de $25 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.
Otros servicios profesionales de atención de la salud	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.
Servicios de fisioterapia y terapia del habla	Usted paga un copago de $15 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de $25 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.
Servicios de transporte	Se requiere autorización previa.	Ya no se requiere autorización previa.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Estado de cuenta mensual sobre el descuento de la prima o la multa por inscripción tardía de la parte D del cheque de la Administración del Seguro Social	Los miembros cuya prima o multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque del Seguro Social reciben un estado de cuenta mensual de Baylor Scott & White Health Plan.	Los miembros cuya prima o multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque del Seguro Social NO recibirán un estado de cuenta mensual de Baylor Scott & White Health Plan. Los miembros que prefieren continuar recibiendo un estado de cuenta mensual pueden presentar una solicitud a Servicio al Cliente (1-866-334-3141 [los usuarios de TTY deben llamar al 711]. El horario es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana [excepto los principales días festivos]).

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan, BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede haber una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Baylor Scott & White Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
    - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
    - *O bien,* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (Texas Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP), visite su sitio web (http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
    - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) para el VIH de Texas y Programa para la salud renal (Kidney Health Care Program, KHC) de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) para el VIH de Texas. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y de estado de VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, el estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier

cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Para el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP), llame al 1-800-255-1090. Para el Programa para la salud renal, llame al 1-800-222-3986.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090 o al Programa para la salud renal al 1-800-222-3986.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al 1-866-334-3141. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.