



# Mi plan de Medicare

Guía de inscripción para 2022

Norte de Texas HMO



Nuestra nueva marca en 2022

**BSW SENIORCARE**  
ADVANTAGE • HMO

Medicamentos con receta. Atención dental. Atención de la vista.  
Atención de la audición. Acondicionamiento físico. Cuidado de los riñones.



**E**sta 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 2022
- Alcance del formulario de citas
- Solicitud de inscripción
- Calificación con estrellas de Medicare
- Sobre de correo de respuesta comercial

## Información de contacto

**Agente de seguro con licencia/Ventas**  
**1.800.782.5068** TTY: 711  
de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

**Inscríbase en línea**  
**[advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org)**

**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  
los 7 días de la semana  
de 7 a. m. a 8 p. m.

## Elección y buen precio. Así es mi plan de Medicare.

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



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



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



**Planes disponibles con y sin beneficios de medicamentos con receta.**

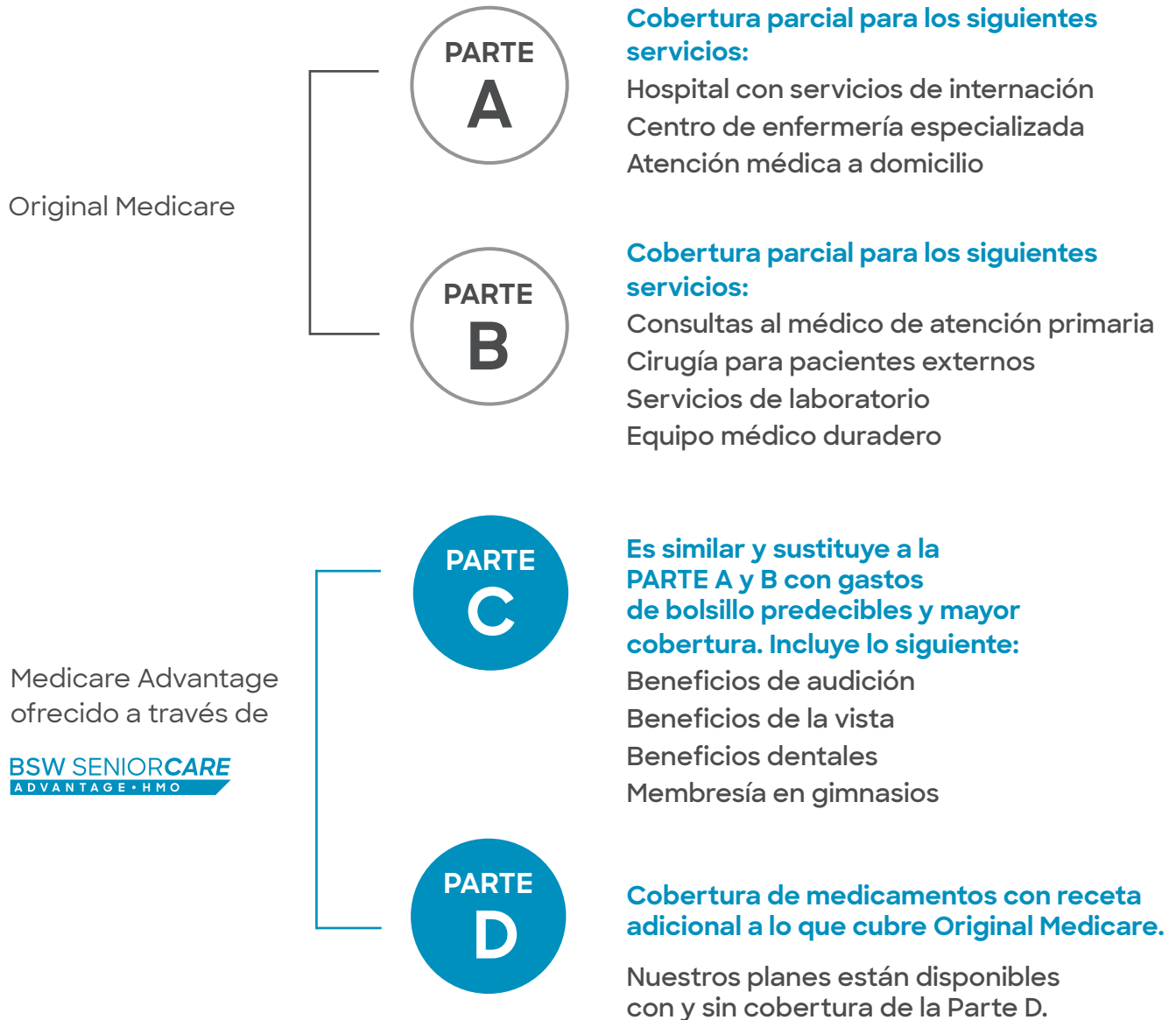
## Una experiencia de atención médica integral

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage, tiene la libertad de realizar una consulta a 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 51 hospitales y en más de 950 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 4,000 médicos de atención primaria, 20,000 especialistas y 2,300 centros en todo el norte y el centro de Texas.

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

## Cómo funciona Medicare



## Requisitos para calificar

- Debe vivir en nuestra área de servicio. Consulte el mapa de nuestra área de servicio que se encuentra en el Resumen de beneficios para asegurarse de que viva 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.

## BSW SeniorCare Advantage

Inscribirse en un plan de 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 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](http://advantage.swhp.org).

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

Pregúntele a su agente de seguro local o visite [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) 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.

## 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 de la red que elijan.

- Realice una consulta virtual (cuestionario en línea) para afecciones médicas comunes y reciba atención con rapidez **O BIEN,**
- Programe una consulta por video en el día con un proveedor, cara a cara.

Las consultas de atención virtual están disponibles por un copago de \$0; se aplican copagos para los medicamentos con receta.

**Los médicos clínicos están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro (CT).**

## Las herramientas de autoservicio aseguran un 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, las 24 horas del día, 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 de BSWH
- Acceder a una copia digital de su tarjeta de identificación del seguro
- Ver los resultados de las pruebas
- Revisar las facturas y pagarlas
- Volver a pedir medicamentos con receta y gestionarlos en las farmacias de BSWH
- Ver los reclamos y pagos que cuentan para el gasto máximo de bolsillo

# BSW SeniorCare Advantage HMO

## Norte de Texas - Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022

Beneficios del plan médico*	Select Rx/Select
Prima mensual	
Select Rx (con cobertura de medicamentos con receta de la Parte D)	\$0
Select (sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D**)	\$0
Deducible	\$0
Gasto máximo de bolsillo	\$6,300/\$5,900
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0
Examen físico anual	Copago de \$0
Consulta al médico de atención de especialidad (SCP)	Copago de \$25
Consulta de telesalud (PCP, SCP, psiquiatría)	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
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (MRI, MRA, SPECT, CTA, CT, PET, cardiología nuclear)	Copago de \$300
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla	Copago de \$35 por consulta
Hospital con servicios de internación	Días 1 a 6: \$325 por día Días 7 a 90: \$0 por día
Salud mental para pacientes internados	Días 1 a 5: \$318 por día Días 6 a 90: \$0 por día
Centro de enfermería especializada (SNF)	Días 1 a 20: \$0 por día Días 21 a 100: \$188 por día
Cirugía para pacientes externos (centro)	Copago de \$350
Centro quirúrgico ambulatorio (centro)	Copago de \$275
Ambulancia (solo en los EE. UU.)	Copago de \$300/copago de \$265
Atención de emergencia (solo en los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	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
Equipo médico duradero (DME)	Coseguro del 20 %
Podiatría	Copago de \$45
Medicamentos de quimioterapia	Coseguro del 20 %
Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 20 %

\* 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. O bien, consulte la Evidencia de cobertura del plan en línea en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org).

\*\*Si tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D a través de otra compañía y adquiere un plan con la Parte D, su cobertura de 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 de 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 de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si intenta inscribirse para obtener cobertura de medicamentos con receta más adelante.

## Medicamentos con receta asequibles

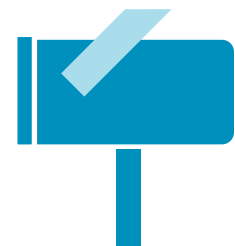
Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO se pueden adquirir con o sin beneficios de medicamentos con receta. Por su salud y seguridad, los planes de Medicare Advantage podrían tener requisitos o límites adicionales respecto a la cobertura de medicamentos con receta, incluidos los siguientes:

- **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 obtener sus recetas.
- **Límites de cantidad:** algunos medicamentos tienen límites respecto de la cantidad que puede obtener de una vez.
- **Terapia escalonada:** Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento.

Visite [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) para ver el formulario (lista de medicamentos) y los directorios de farmacias.

## Medicamentos con receta de pedido por correo

También está disponible el servicio de pedido por correo. Los medicamentos con receta del Nivel 1 y del Nivel 2 están disponibles por un copago de \$0; los medicamentos con receta del Nivel 3 y del Nivel 4 están disponibles por dos copagos en lugar de tres para un suministro para 90 días.





## Beneficios de medicamentos con receta

Beneficios de medicamentos con receta		
Monto de la cobertura inicial		\$4,430
Deducible		\$300
El deducible se aplica a lo siguiente:		Niveles 4 y 5
Copagos durante el período de cobertura inicial	Minorista	Pedido por correo
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$6	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: Medicamentos especializados	Coseguro del 27 %	No disponible
Después del monto de la cobertura inicial, usted paga		
Medicamentos genéricos preferidos		Coseguro del 25 %
Otros medicamentos genéricos		Coseguro del 25 %
Medicamentos de marca		Coseguro del 25 %
Gasto total de bolsillo que usted paga antes de la cobertura en caso de catástrofe		\$7,050
Montos de la cobertura en caso de catástrofe: usted paga		El 5 % o \$3.95, lo que sea mayor, para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$9.85 para todos los demás medicamentos

No se aplica un deducible para BSW SeniorCare Advantage para insulinas seleccionadas. Los gastos de bolsillo para las insulinas seleccionadas serán de \$35 para un suministro para 30 días durante la fase del deducible y de la cobertura inicial. BSW SeniorCare Advantage también ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la etapa del período sin cobertura, los gastos de bolsillo para insulinas seleccionadas serán de \$35 para un suministro para 30 días.

## Beneficios complementarios

Es posible que los beneficios de Original Medicare no sean suficientes para satisfacer sus necesidades de atención médica.

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 adicionales para ayudarlo a reducir los gastos de bolsillo.

Para todos los planes BSW SeniorCare Advantage HMO (aquellos que cuenten con cobertura de medicamentos con receta o no) se incluyen beneficios complementarios sin una prima adicional.



### 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.

**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	
Máximo anual de beneficios	\$2,000
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 (cada 2 años)	50 %

Las pólizas 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.

## Atención de la vista

Los exámenes de la vista regulares pueden hacer más que ayudar a mantener su visión. También pueden ayudar a detectar otros problemas de salud graves, como diabetes o hipertensión.

Nuestros planes 2022 ofrecen cobertura para un examen de rutina anual, más una asignación anual para la compra de lentes de contacto, monturas y lentes. Debe utilizar un proveedor de la red.

## Atención de la audición

En el marco de nuestro compromiso con la calidad de vida general de nuestros miembros, le 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.

Beneficios para atención de la vista y de la audición	
Examen de la vista de rutina (uno por año; debe utilizar un proveedor de la red)	Copago de \$0
Lentes (asignación anual; debe utilizar un proveedor de la red)	Asignación de \$125 para la compra
Examen auditivo de rutina (uno por año)	Copago de \$0
Audífonos (cada 3 años)	Asignación de \$1,000 para la compra

## Transporte de rutina

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

- Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año, O
- 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada sentido



## Acondicionamiento físico

Su plan BSW SeniorCare Advantage incluye beneficios de acondicionamiento físico con el programa Silver&Fit®. Este programa lo alienta a que mejore su salud con opciones de acondicionamiento físico, herramientas digitales y recursos para un envejecimiento saludable. Con su plan, usted puede acceder a lo siguiente:

- Más de 1,500 videos de entrenamiento digital
- Kits de acondicionamiento físico y para mantenerse en forma en el hogar
- Acceso a más de 15,000 centros de acondicionamiento físico participantes
- Acompañamiento para un envejecimiento saludable



## Comidas a domicilio

Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO incluyen un beneficio de comidas para facilitar su recuperación cuando regrese a casa del hospital:

- Reciba 14 comidas por alta del hospital a su hogar; límite de tres altas por año
- Luego de recibir el alta del hospital, recibirá comidas directamente en la puerta de su domicilio sin costo alguno. GA Foods se comunicará con usted para coordinar la entrega.



## Asignación de medicamentos de venta libre (OTC)

Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO incluyen una asignación trimestral de compra para usar en farmacias minoristas participantes para productos de venta libre elegibles, como vendajes, medicamentos para el resfriado y la alergia, analgésicos y más.

- Asignación de \$50 por trimestre en el plan Select Rx y de \$30 por trimestre en el plan Select
- Se puede usar en cualquier farmacia minorista participante
- Recibirá una tarjeta de OTC en su domicilio





## Servicios de apoyo a domicilio

Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO también incluyen asistencia para realizar actividades de la vida cotidiana, como tareas domésticas sencillas y preparación de comidas.

- Si adquiere el plan Select Rx con cobertura de la Parte D, recibirá hasta 12 horas.
- Si adquiere el plan Select sin cobertura de la Parte D, recibirá hasta 20 horas.

## Programas de atención adicional

Los miembros también tienen acceso a programas de atención que ofrecen apoyo para enfermedades renales y otras afecciones crónicas sin costo adicional.



## Programa de salud de los riñones

Los miembros con diagnóstico de enfermedad renal pueden ser elegibles para un programa renal especializado. Este programa está incluido en todos los planes BSW SeniorCare Advantage e incluye muchos beneficios, como los siguientes:

- Enfoque personalizado para la gestión de diferentes medicamentos y planes alimenticios
- Ayuda con la medición diaria de los signos vitales



## Cuidado de enfermos agudos a domicilio

Los miembros que padecen múltiples afecciones crónicas pueden ser elegibles para recibir atención a domicilio mediante visitas de un proveedor de atención primaria.

- Visitas a domicilio de rutina y de urgencia, y asistencia telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Emisión de recetas y revisión de medicamentos
- Análisis de laboratorio e intervenciones a domicilio
- Salud conductual, nutrición y apoyo de trabajadores sociales

# Tres formas simples de inscribirse

## 1. **Inscríbese en línea.** [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) o [medicare.gov](http://medicare.gov)

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 [medicare.gov](http://medicare.gov).


## 2. **Inscríbese por teléfono.** 1.800.782.5068/TTY: 711

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

## 3. **Complete una solicitud.** *(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. Envíe su solicitud en una de estas tres formas:

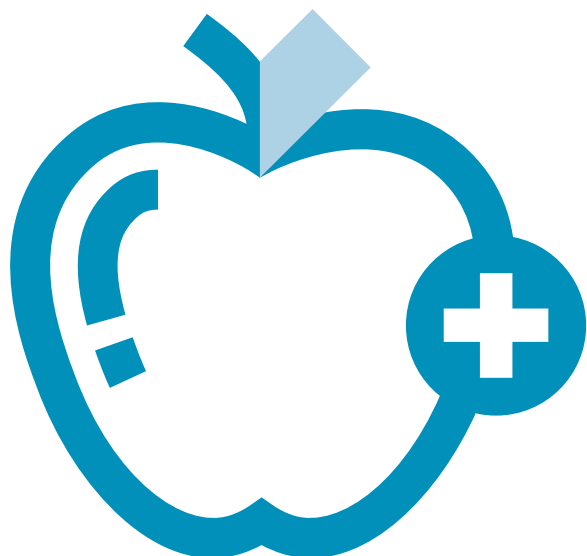
 **Correo electrónico:** [MedicareEnrollment@bswhealth.org](mailto:MedicareEnrollment@bswhealth.org)

 **Correo postal:** coloque cada página del formulario de inscripción completado y firmado en el sobre con franqueo pagado que se incluye en esta guía para devolver el formulario.

 **Fax:** 1.254.298.3334

Procesaremos su solicitud y, luego, le enviaremos una carta de acuse de recibo y un kit de bienvenida en el que se 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 tarjeta de identificación de miembro de BSW SeniorCare Advantage en un sobre por separado.

**Consulte la Página 2 de esta guía para obtener información sobre los requisitos para calificar.**



# Guía de inscripción

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 Scott and White Health Plan, que opera bajo el nombre de Baylor Scott & White Health Plan.**

**Resumen de beneficios**

**Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022**

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.

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 [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) antes del 15 de octubre de 2021.

**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 (excepto 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: [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org)

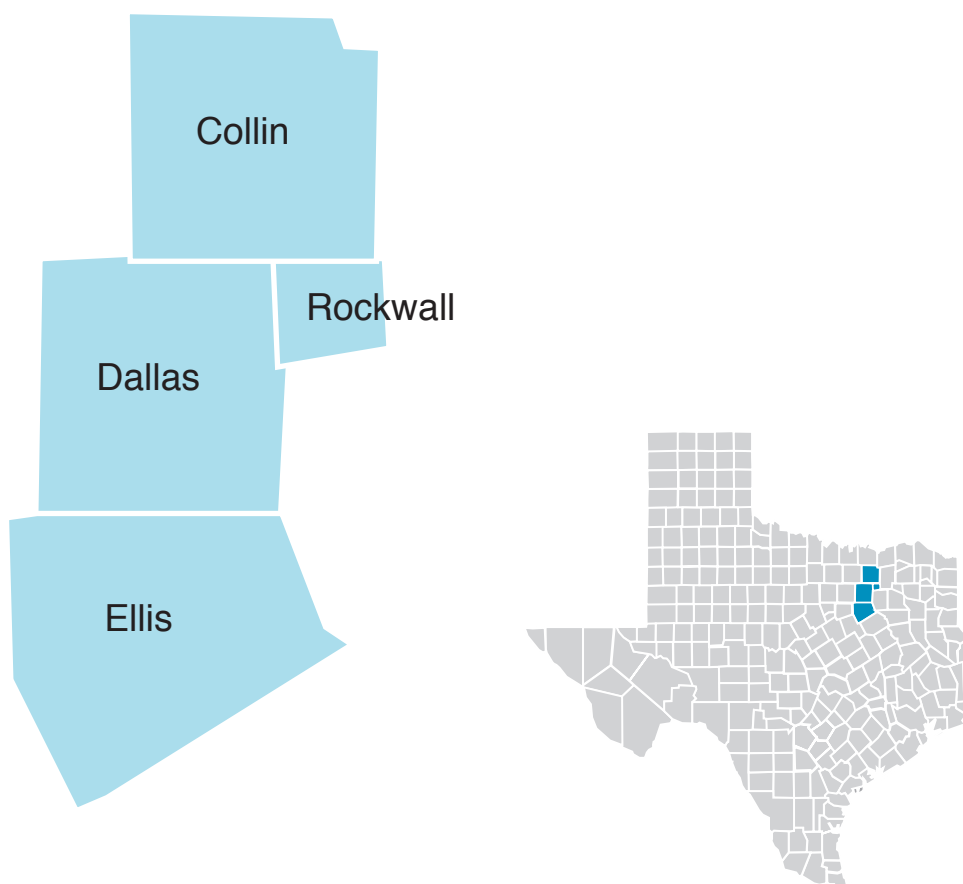
Este documento está disponible en otros formatos como, por ejemplo, en letra grande. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea el inglés.

**¿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 [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). 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, [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org).

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Select RX</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	<b>Select</b> Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$0 por mes.	Usted paga \$0 por mes.
<b>Deducible</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<b>Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</b>	Usted paga \$6,300 al año.	Usted paga \$5,900 al año.
<b>Hospital para pacientes internados*</b>	Días 1 - 6: copago de \$325 cada día. Días 7 - 90: copago de \$0 cada día.	Días 1 - 6: copago de \$325 cada día. Días 7 - 90: copago de \$0 cada día.
<b>Hospital para pacientes externos*</b>  Centro quirúrgico ambulatorio  Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga un copago de \$275 por consulta.  Usted paga un copago de \$350 por consulta.	Usted paga un copago de \$275 por consulta.  Usted paga un copago de \$350 por consulta.
<b>Consultas médicas</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	Usted paga un copago de \$0 por consulta.  Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.  Usted paga un copago de \$25 por consulta.
<b>Atención preventiva</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.

\*Se requiere autorización previa.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Select RX</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	<b>Select</b> Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D
<b>Atención de emergencia</b>	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.
<b>Servicios de urgencia</b>	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.
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*</b>  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 \$300 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 \$300 por consulta.  Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios auditivos</b>  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.**



<b>Primas y beneficios</b>	<b>Select RX</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	<b>Select</b> Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D
<b>Servicios auditivos</b> (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.
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p>Beneficio máximo anual</p> <p>Deducible</p> <p>Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (cada tres años)</p> <p>Extracciones y empastes</p> <p>Restauración dental (cada dos años)</p> <p>Dentaduras postizas (cada cinco años)</p> <p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.</p>	<p>\$2,000</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p>	<p>\$2,000</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50%.</p>

**\*Se requiere autorización previa.**

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Select RX</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	<b>Select</b> Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D
<b>Servicios de la vista</b>  Lentes y accesorios  Examen de la vista de rutina	Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.  Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.	Asignación de \$125 para la compra de lentes y accesorios cada año.  Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.
<b>Servicios de salud mental</b>  Consulta para pacientes internados*  Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos	Días 1 - 5: copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: copago de \$0 cada día.  Usted paga un copago de \$40.	Días 1 - 5: copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: copago de \$0 cada día.  Usted paga un copago de \$40.
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b>	Días 1 - 20: copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: copago de \$188 cada día.	Días 1 - 20: copago de \$0 cada día. Días 21 - 100: copago de \$188 cada día.
<b>Fisioterapia</b>  Consulta de terapia ocupacional  Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga un copago de \$35.  Usted paga un copago de \$35.	Usted paga un copago de \$35.  Usted paga un copago de \$35.
<b>Servicios de ambulancia</b>  Ambulancia terrestre  Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$300.  Usted paga un copago de \$300.	Usted paga un copago de \$265.  Usted paga un copago de \$265.
<b>Transporte (adicional, de rutina)</b>	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección.

\*Se requiere autorización previa.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Select RX</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	<b>Select</b> Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*</b>  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%.
<b>Programa de bienestar (por ejemplo, ejercicios)</b>	Silver&Fit es un programa de ejercicios que brinda a los miembros una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver&Fit es un programa de ejercicios que brinda a los miembros una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
<b>Atención médica a domicilio*</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)</b>  Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$45.
<b>Servicios de telesalud: proveedores de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicio de tratamiento de opioides*</b>	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$45.
<b>Beneficio de comidas</b>	Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	Usted paga un copago de \$0 para hasta 12 horas de asistencia para la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.	Usted paga un copago de \$0 para hasta 20 horas de asistencia para la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.

\*Se requiere autorización previa.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Select RX</b> Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	<b>Select</b> Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D
<b>Artículos de venta libre</b>	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.

**\*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 [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) antes del 15 de octubre de 2021.

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Select RX</b>	
<b>Deducible</b>	\$300 Se aplica al Nivel 4 y al Nivel 5.	
<b>Cobertura inicial</b> (después de pagar su deducible, si se aplica)	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,430. 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>	
	<b>Suministro minorista estándar de 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo de 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	Usted paga \$6.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	Usted paga \$20.	Usted paga \$0.
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.
<b>Nivel 4</b> (Medicamento no preferido)	Usted paga \$100.	Usted paga \$200.
<b>Nivel 5</b> (De especialidad)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible
<b>Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores</b>	<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 30 días 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, los costos que paga de su bolsillo para insulinas selectas también serán de \$35 para un suministro de 30 días.</p>	
<b>Período sin cobertura</b>	<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 \$4,430, usted no pagará más que un coseguro del 25% por medicamentos genéricos o un coseguro del 25% por medicamentos de marca.</p>	

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos (continuación)</b>	
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	<p>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 \$7,050, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un coseguro del 5%, o</li> <li>• Un copago de \$3.95 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>

### **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

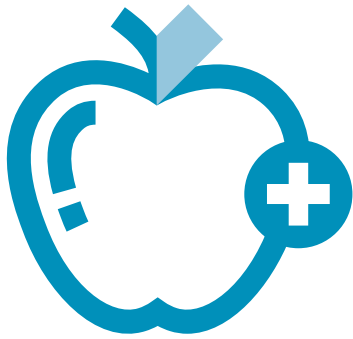
Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711), de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

### Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) 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 están 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 está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.

### Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se debita de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- 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 Scott and White Health Plan, que opera como 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.

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 (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
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 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.

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

## 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 (*letra de imprenta*)

\_\_\_\_\_  
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 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.

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





## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano estadounidense o tener presencia legal en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo. Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

### Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Baylor Scott & White Health Plan  
1206 W. Campus  
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.



**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:

 Masculino  FemeninoNúmero 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 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:

### 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 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 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 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 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.



**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:

 Masculino  FemeninoNúmero 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 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:

### 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 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.

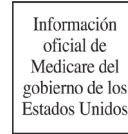
- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he mudado, y este plan es una 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 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 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



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.

# NOTAS



## Nuestra misión

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

¡Obtenga más información hoy!

[MySWHPGuide.com](http://MySWHPGuide.com)



BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, que opera como 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..

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

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