



2026

# RESUMEN de BENEFICIOS

Obtenga la atención que necesita y el servicio que se merece con **BSW SeniorCare Advantage PPO**.

NORTE DE TEXAS





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

## **Resumen de beneficios**

### **Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026**

BSW SeniorCare Advantage (PPO) es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2025.

### **Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre BSW SeniorCare Advantage (PPO) 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) actual. Consultelo 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 (PPO)**

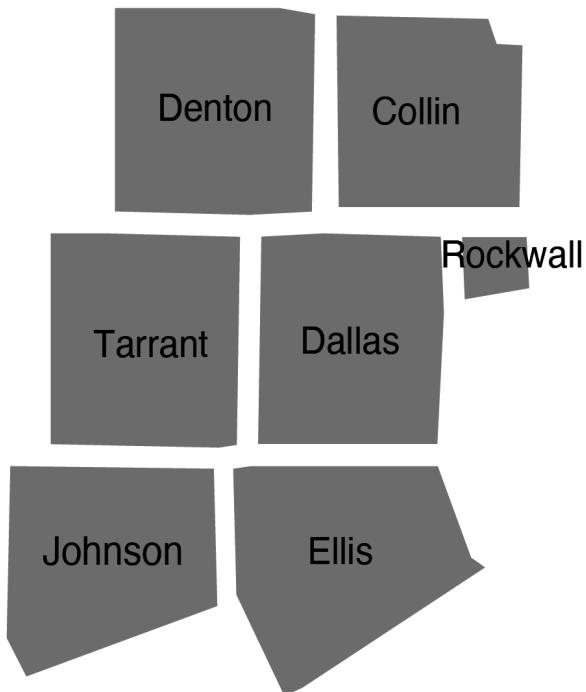
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Nuestro sitio web: [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare).

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

### **¿Quién puede inscribirse?**

Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage (PPO), debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Collin, Dallas, Denton, Ellis, Johnson, Rockwall y Tarrant.

# ¿Cuál es el área de servicio en el norte de Texas para BSW SeniorCare Advantage (PPO)?



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

Collin, Dallas, Denton, Ellis, Johnson, Rockwall y Tarrant.



## **¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?**

BSW SeniorCare Advantage (PPO) tiene un directorio de los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red, que se puede encontrar en nuestro sitio web, en [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare). Debe utilizar proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, a menos que el plan autorice lo contrario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de BSW SeniorCare Advantage PPO, salvo en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura.

## **¿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 (PPO) cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$0 por mes.
<b>Deductible</b>	<p><b>Dentro de la red</b>            Usted paga \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            Usted paga \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<b>Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</b>	<p><b>Dentro de la red</b>            Usted paga \$6,400 al año.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            Usted paga \$10,000 al año.</p> <p>El monto máximo que paga de su bolsillo no superará los \$10,000 para servicios dentro y fuera de la red combinados.</p>
<b>Hospital para pacientes internados*</b>	<p><b>Dentro de la red</b>            Usted paga un copago de \$320 por día para los días 1-6; copago de \$0 por día para los días 7-90 por estadía.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            Usted paga un coseguro del 40% por día para los días 1-6; coseguro del 40% por día para los días 7-90 por estadía.</p>
<b>Hospital para pacientes externos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="203 1356 769 1399"><b>Centro quirúrgico ambulatorio</b></li> <li data-bbox="203 1550 769 1615"><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b>            Usted paga un copago de \$275 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p> <p><b>Dentro de la red</b>            Usted paga un copago de \$350 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<b>Servicios intensivos del programa para pacientes externos</b>	<p><b>Dentro de la red</b>            Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b>            Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<b>Consultas médicas</b> <p><b>Proveedores de atención primaria</b></p> <p><b>Especialista</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<b>Atención preventiva</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>
<b>Atención de emergencia</b> No se aplica el copago si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$130 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$130 por consulta.</p>
<b>Servicios de urgencia</b> No se aplica el copago si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por consulta.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/ imágenes*</b>	
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>
<b>Servicios de laboratorio</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>
<b>Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI])</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 a \$300.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>
<b>Radiografías para pacientes externos</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<b>Servicios auditivos</b> <p><b>Examen auditivo cubierto por Medicare</b></p> <p><b>Examen auditivo de rutina</b> Se limita a un examen al año.</p> <p><b>Audífonos</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por examen.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por examen.</p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,100 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados dentro y fuera de la red.</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p><b>Odontología preventiva y de diagnóstico</b></p> <p><b>Exámenes orales:</b> Un examen cada seis meses.</p> <p><b>Radiografías dentales:</b> Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.</p> <p><b>Otros servicios odontológicos de diagnóstico:</b> Radiografías periapicales cada seis meses.</p> <p><b>Profilaxis (limpieza):</b> Una limpieza cada seis meses.</p> <p><b>Otros servicios odontológicos preventivos:</b> Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar).</p> <p><b>Máximo anual de beneficios:</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red combinados</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen oral.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada radiografía.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada radiografía periapical.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada limpieza.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.</p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$3,500 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos dentro y fuera de la red. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<p><b>Servicios odontológicos integrales</b></p> <p><b>Servicios de restauración:</b> Un empaste de resina o amalgama por superficie, por diente cada 24 meses.</p> <p><b>Endodoncia:</b> Los tratamientos de conducto se cubren una vez por diente de por vida. Recubrimiento pulpar según sea necesario. Un tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación por diente de por vida.</p> <p><b>Periodoncia:</b> Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses. Mantenimiento periodontal hasta dos veces por año calendario en combinación con limpieza profiláctica. Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.</p> <p><b>Prostodoncia, removible</b></p> <p>Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario. Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses. Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.</p> <p><b>Servicios de implantes</b> Un implante por diente cada 10 años calendario. Una reparación de implante y prótesis implantosostenida por posición dental cada 10 años calendario.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% al 50% por cada servicio de restauración. Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 100%. Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% al 50% por cada servicio de prostodoncia removible.</p> <p>Usted paga el 0%.</p> <p>Usted paga el 0%.</p> <p>Usted paga el 0%.</p> <p>Usted paga el 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de implante.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<p><b>Servicios odontológicos integrales (continuación)</b></p> <p><b>Prostodoncia, fija</b></p> <p>Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario.</p> <p>Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses.</p> <p>Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses.</p> <p>Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.</p> <p>Puentes cubiertos mediante prostodoncista una vez cada 10 años calendario.</p> <p><b>Cirugía oral y maxilofacial</b></p> <p>Cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas.</p> <p>Una biopsia por cepillado cada 24 meses.</p> <p>Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.</p> <p><b>Servicios generales complementarios</b></p> <p>Una consulta cada 12 meses.</p> <p>Moldes de diagnóstico según sea necesario.</p> <p>Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% al 50% por cada servicio de prostodoncia fija.</p> <p>Usted paga el 0%.</p> <p>Usted paga el 0%.</p> <p>Usted paga el 0%.</p> <p>Usted paga el 50%.</p> <p>Usted paga el 50%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio general complementario.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<p><b>Servicios odontológicos integrales (continuación)</b></p> <p>Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de 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>Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.</p> <p>Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y</li> <li>• cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de la vista</b></p> <p><b>Lentes y accesorios</b></p> <p><b>Examen de la vista de rutina</b></p> <p><b>Examen de la vista cubierto por Medicare</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red combinados</b></p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$150 al año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% para un examen de la vista de rutina por año.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red combinados</b> Usted paga un copago de \$40 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<b>Servicios de salud mental</b> <p><b>Hospitalización*</b></p> <p><b>Terapia individual o grupal para pacientes externos</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$318 por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 6-90.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por día para los días 1-5; coseguro del 35% por día para los días 6-90 por estadía.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$218 por día para los días 21-100.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por día para los días 1-20; coseguro del 35% por día para los días 21-100.</p>
<b>Fisioterapia</b> <p><b>Terapia ocupacional</b></p> <p><b>Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<b>Servicio de ambulancia</b> <p><b>Ambulancia terrestre</b></p> <p><b>Ambulancia aérea*</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$325 por viaje.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por viaje.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$325.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>
<b>Transporte (adicional, de rutina)</b>	No está cubierto.

Primas y beneficios	BSW SeniorCare Advantage (PPO)
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>Medicamentos de quimioterapia</b> Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p> <p><b>Otros medicamentos de la Parte B</b> Puede ser necesaria una autorización previa.</p> <p>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.</p> <p>Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de insulina cubierta, cuando se utiliza en una bomba de insulina.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un coseguro del 0% al 20%.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un coseguro del 0% al 20%.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35%.</p>
<p><b>Programa de bienestar (por ejemplo, actividad física)</b></p>	<p>Silver&amp;Fit es un programa de actividad física que brinda a los miembros una membresía para gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área, junto con opciones de actividad física en el hogar. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.</p>
<p><b>Atención médica a domicilio*</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<p><b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b> <b>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<p><b>Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y sesiones individuales o grupales de servicios psiquiátricos</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>BSW SeniorCare Advantage (PPO)</b>
<b>Servicio de tratamiento de opioides*</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un coseguro del 35% por consulta.</p>
<b>Artículos de venta libre</b>	Monto máximo de cobertura del plan de \$80 cada 3 meses para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC). Asignación deslice y ahorre para artículos de venta libre, como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.
<b>Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Atención de emergencia</b></li> <li><b>Atención de urgencia</b></li> <li><b>Transporte de emergencia/urgencia</b></li> <li><b>Máximo anual de beneficios</b></li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por viaje.</p> <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000 por año para el beneficio en todo el mundo.</p>

\* 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 los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener todos los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2025.

Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare			
	BSW SeniorCare Advantage (PPO)		
<b>Deducible</b>	\$300 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.		
<b>Cobertura inicial</b>			
	<b>Suministro minorista estándar para 30 días</b>	<b>Suministro minorista preferido para 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo para 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	Usted paga un copago de \$5.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	Usted paga un copago de \$14.	Usted paga un copago de \$7.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Nivel 3</b> (De marca preferida)	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un coseguro del 35%.	Usted paga un coseguro del 35%.	Usted paga un coseguro del 35%.
<b>Nivel 5</b> (De especialidad)	Usted paga un coseguro del 29%.	Usted paga un coseguro del 29%.	No disponible.
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$2,100, usted pagará \$0.		

Incluso si no ha pagado su deducible, no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos se cubren sin costo para usted.

#### Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

Puede consultar el formulario (lista de medicamentos) y cualquier restricción de este en nuestro sitio web. Los costos de algunos medicamentos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Para consultar el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias, visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare).

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago que se combina con su cobertura para medicamentos actual para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo ayuda a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.** Si ya participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2026.

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 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

## **Lista de verificación previa a la inscripción**

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

### **Comprenda los beneficios**

- La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame al 1-866-334-3141 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **Comprenda las reglas importantes**

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se debita de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Salvo en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindarle atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.
- Efecto en la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza de Medigap porque estará pagando una cobertura que no podrá utilizar.







BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare y subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.

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

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de BSW SeniorCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

