



*BSW SeniorCare Advantage (PPO)  
es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company  
(una subsidiaria de Baylor Scott & White Health)*

## Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO).

Este material describe los cambios que se aplicarán en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en BSW SeniorCare Advantage (PPO).
- Para cambiarse a un **plan distinto**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre los costos, beneficios y reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*. Busque una copia en [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

### Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario del 1 de octubre al 31 de marzo es 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). Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).

### Acerca de BSW SeniorCare Advantage (PPO)

- BSW SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Baylor Scott & White Health Plan (una subsidiaria de Baylor Scott & White Health). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a BSW SeniorCare Advantage (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en BSW SeniorCare Advantage (PPO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y para medicamentos a través de BSW SeniorCare Advantage (PPO). En la Sección 3, encontrará más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

H2032\_001-26ANOC\_M

## Índice

|                                                                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</b>                                                                     | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>                                            | <b>9</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan .....                                                                   | 9         |
| Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....                                                     | 9         |
| Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....                                                                       | 10        |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias .....                                                                         | 11        |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos .....                                          | 12        |
| Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D .....                                                | 15        |
| Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta .....                                      | 16        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>                                                                           | <b>22</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>                                                                              | <b>22</b> |
| Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan .....                                                                          | 23        |
| Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? .....                                                     | 23        |
| <b>SECCIÓN 4 Recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>                                              | <b>24</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? .....</b>                                                                                 | <b>25</b> |
| Reciba ayuda de BSW SeniorCare Advantage (PPO) .....                                                                     | 25        |
| Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                                                                       | 26        |
| Reciba ayuda de Medicare .....                                                                                           | 26        |
| <b>Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas<br/>auxiliares (§92.11) .....</b> | <b>28</b> |
| <b>Aviso de no discriminación .....</b>                                                                                  | <b>30</b> |

## Resumen de costos importantes para 2026

|                                                                                                                                                                                                                     | 2025<br>(este año)                                                                                                               | 2026<br>(próximo año)                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.                                                                                         | \$0                                                                                                                              | \$0                                                                                                                              |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | De proveedores de la red:<br>\$6,400<br><br>De proveedores de la red y fuera de la red combinados:<br>\$10,000                   | De proveedores de la red:<br>\$6,400<br><br>De proveedores de la red y fuera de la red combinados:<br>\$10,000                   |
| <b>Consultas en el consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                             | De proveedores de la red:<br>Copago de \$0 por consulta<br><br>De proveedores fuera de la red:<br>Coseguro del 35% por consulta  | De proveedores de la red:<br>Copago de \$0 por consulta<br><br>De proveedores fuera de la red:<br>Coseguro del 35% por consulta  |
| <b>Consultas en el consultorio del especialista</b>                                                                                                                                                                 | De proveedores de la red:<br>Copago de \$35 por consulta<br><br>De proveedores fuera de la red:<br>Coseguro del 35% por consulta | De proveedores de la red:<br>Copago de \$35 por consulta<br><br>De proveedores fuera de la red:<br>Coseguro del 35% por consulta |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hospitalizaciones</b><br>Incluye servicios de hospitalización por cuadros agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente en el hospital por orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. | De proveedores de la red:<br><b>Monto máximo que paga de su bolsillo para una hospitalización por cuadros agudos:</b> después de pagar el monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,920 por estadía para beneficios hospitalarios para pacientes internados, el plan cubrirá el resto de los gastos de su bolsillo por los servicios que reúnan los requisitos. Copago de \$320 por día para los días 1-6; copago de \$0 por día para los días 7-90<br><br><b>Costo por día de reserva de por vida:</b><br>Copago de \$320 por día para los días 1-6; copago de \$320 por día para los días 7-60 | De proveedores de la red:<br><b>Monto máximo que paga de su bolsillo para una hospitalización por cuadros agudos:</b> después de pagar el monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,920 por estadía para beneficios hospitalarios para pacientes internados, el plan cubrirá el resto de los gastos de su bolsillo por los servicios que reúnan los requisitos. Copago de \$320 por día para los días 1-6; copago de \$0 por día para los días 7-90<br><br><b>Costo por día de reserva de por vida:</b><br>Copago de \$320 por día para los días 1-6; copago de \$320 por día para los días 7-60 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | De proveedores fuera de la red:<br>Coseguro del 40% por día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | De proveedores fuera de la red:<br>Coseguro del 40% por día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles).                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$300 (Niveles 3-5), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$300 (Niveles 3-5), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                      | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                        | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener detalles, como las etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas). | Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:                                                                                                                                    | Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1: Copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$5 en una farmacia de la red</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1: Copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$5 en una farmacia de la red</li></ul> |
|                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos genéricos de Nivel 2: Copago de \$7 en una farmacia de la red preferida o copago de \$14 en una farmacia de la red</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos genéricos de Nivel 2: Copago de \$7 en una farmacia de la red preferida o copago de \$14 en una farmacia de la red</li></ul>           |

|                                                                 | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos de la Parte D (continuación)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos de marca preferida de Nivel 3: Copago de \$47 en una farmacia de la red preferida o copago de \$47 en una farmacia de la red</li></ul> <p>Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red preferida o un copago de \$35 en una farmacia de la red por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos de marca preferida de Nivel 3: Copago de \$47 en una farmacia de la red preferida o copago de \$47 en una farmacia de la red</li></ul> <p>Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de \$35 en una farmacia de la red preferida, o entre un coseguro del 25% y un copago de \$35 en una farmacia de la red por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

|                                                                 | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos de la Parte D (continuación)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos no preferidos de Nivel 4: Copago de \$99 en una farmacia de la red preferida o copago de \$99 en una farmacia de la red</li> </ul> <p>Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red preferida o un copago de \$35 en una farmacia de la red por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos no preferidos de Nivel 4: Coseguro del 35% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 35% en una farmacia de la red</li> </ul> <p>Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de \$35 en una farmacia de la red preferida, o entre un coseguro del 25% y un copago de \$35 en una farmacia de la red por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |
|                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de especialidad de Nivel 5: Coseguro del 29% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 29% en una farmacia de la red</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de especialidad de Nivel 5: Coseguro del 29% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 29% en una farmacia de la red</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                 | <p><b>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

|                                                                                                    | 2025<br>(este año) | 2026<br>(próximo año) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0                | \$0                   |

#### Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados: si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</b></p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red <b>se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Nuestros costos de medicamentos con receta <b>no se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>                     | <p>\$6,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>                  | <p>\$6,400</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios. Una vez que haya pagado \$6,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>                  |
| <p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</b></p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red <b>se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Sus costos de medicamentos con receta para pacientes externos <b>no se tienen en cuenta</b> para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | <p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> | <p>\$10,000</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios. Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> |

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Ha cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Para obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare).

- Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada de los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

## Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Es posible que los montos que deba pagar por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en una de las farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Ha cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red. Para obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare).
- Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada de las farmacias o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

## Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos

|                                                                            | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Examen físico anual<br/>(no cubierto por Medicare)</b>                  | <p><u><b>Dentro de la red</b></u></p> <p>El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.</p> <p><u><b>Fuera de la red</b></u></p> <p>El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.</p>                              | <p><u><b>Dentro de la red</b></u></p> <p>Copago de \$0 por un examen físico anual.</p> <p><u><b>Fuera de la red</b></u></p> <p>Coseguro del 35% por un examen físico anual.</p>                                                                    |
| <b>Prueba de detección de<br/>cáncer colorrectal<br/>(enemas de bario)</b> | <p><u><b>Dentro de la red</b></u></p> <p>Copago de \$0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p><u><b>Fuera de la red</b></u></p> <p>Coseguro del 35% por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> | <p><u><b>Dentro de la red</b></u></p> <p>El beneficio de enemas de bario de Medicare <u>no</u> está cubierto.</p> <p><u><b>Fuera de la red</b></u></p> <p>El beneficio de enemas de bario de Medicare <u>no</u> está cubierto fuera de la red.</p> |
| <b>Servicios odontológicos</b>                                             | <p><u><b>Dentro y fuera de la red</b></u></p> <p>Coseguro del 0% por moldes de diagnóstico.</p> <p>Coseguro del 50% por ajustes oclusales.</p>                                                                        | <p><u><b>Dentro y fuera de la red</b></u></p> <p>Coseguro del 50% por moldes de diagnóstico, según sea necesario.</p> <p>Los ajustes oclusales <u>no</u> están cubiertos.</p>                                                                      |

|                                                                                                    | 2025<br>(este año)                                                                                                                    | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos | Se requiere autorización previa para zapatos terapéuticos y plantillas ortopédicas para pacientes diabéticos.                         | No se requiere autorización previa para zapatos terapéuticos ni plantillas ortopédicas para pacientes diabéticos.                                                                                                                             |
| Atención de emergencia                                                                             | <u>Dentro y fuera de la red</u><br>Copago de \$120 por cada consulta para servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare. | <u>Dentro y fuera de la red</u><br>Copago de \$130 por cada consulta para servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.                                                                                                         |
| Servicios auditivos                                                                                | <u>Dentro y fuera de la red</u><br>El beneficio de audífonos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) <u>no</u> está cubierto.          | <u>Dentro y fuera de la red</u><br>Copago de \$0 por audífonos OTC (1 audífono por oído cada 3 años).<br><br>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,100 cada 3 años para audífonos OTC. Este monto se combina con los audífonos recetados. |

|                                                                                   | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios intensivos del programa para pacientes externos</b>                  | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><br>Se requiere autorización previa para los servicios intensivos para pacientes externos.                                                                                                                                                                    | <b><u>Fuera de la red</u></b><br><br>No se requiere autorización previa para los servicios intensivos para pacientes externos.                                                                                                                                                                       |
| <b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b>                           | Se requiere autorización previa para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos.                                                                                                                                                                                        | No se requiere autorización previa para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos.                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos</b> | Se requiere autorización previa para las sesiones individuales de servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos.<br><br>Se requiere autorización previa para las sesiones grupales de servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos. | No se requiere autorización previa para las sesiones individuales de servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos.<br><br>No se requiere autorización previa para las sesiones grupales de servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos. |

|                                                                                                       | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Artículos de venta libre</b>                                                                       | La terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT) está cubierta.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) <u>no</u> está cubierta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare, copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$214 por día para los días 21-100.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare, coseguro del 35% por día para los días 1-20; coseguro del 35% por día para los días 21-100.</p> | <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare, copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$218 por día para los días 21-100.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare, coseguro del 35% por día para los días 1-20; coseguro del 35% por día para los días 21-100.</p> |

## Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que podría incluir la eliminación o la adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a

nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si se ha trasladado su medicamento a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año calendario podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez por mes para ofrecer la versión más vigente. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos a principios de año o durante este, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

## **Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta**

### **¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?**

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un material separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no ha recibido este material antes del 30 de septiembre, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

## Etapas de pago de los medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura (Coverage Gap Discount Program) ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

Cada año calendario, usted comienza en esta etapa de pago. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferida de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y medicamentos de especialidad de Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que haya pagado el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. En general, permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo durante el año hasta la fecha alcancen los \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta etapa de pago de medicamentos es la tercera y última. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura fue reemplazado por el Programa de descuentos de los fabricantes (Manufacturer Discount Program). En el Programa de descuentos de los fabricantes, los fabricantes de los medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca de la Parte D y productos biológicos cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de descuentos de los fabricantes no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

### Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento con receta durante esta etapa.

|                        | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b> | <p>\$300</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$14 por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y genéricos de Nivel 2, y el costo total de sus medicamentos de marca preferida de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y medicamentos de especialidad de Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>\$300</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$14 por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y genéricos de Nivel 2, y el costo total de sus medicamentos de marca preferida de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y medicamentos de especialidad de Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> |

### Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos no preferidos de Nivel 4, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de un copago a un coseguro. Consulte la tabla siguiente para conocer los cambios de 2025 a 2026.

La tabla muestra su costo por un suministro para un mes (30 días) de un medicamento recetado en una farmacia de la red con costo compartido estándar y preferido.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos pasarán a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido o de pedido por correo de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

|                                                                                                                                                                                                                                          | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                        | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos genéricos preferidos:</b><br><br>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos pasarán a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | <i>Costo compartido estándar:</i><br>Usted paga un copago de \$5<br><br><i>Costo compartido preferido:</i><br>Usted paga un copago de \$0<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$0  | <i>Costo compartido estándar:</i><br>Usted paga un copago de \$5<br><br><i>Costo compartido preferido:</i><br>Usted paga un copago de \$0<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$0  |
| <b>Medicamentos genéricos:</b>                                                                                                                                                                                                           | <i>Costo compartido estándar:</i><br>Usted paga un copago de \$14<br><br><i>Costo compartido preferido:</i><br>Usted paga un copago de \$7<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$0 | <i>Costo compartido estándar:</i><br>Usted paga un copago de \$14<br><br><i>Costo compartido preferido:</i><br>Usted paga un copago de \$7<br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$0 |

|                                         | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos de marca preferida:</b> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga un copago de \$47</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga un copago de \$47</p> <p>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$47</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga un copago de \$47</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga un copago de \$47</p> <p>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$47</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>       |
| <b>Medicamentos no preferidos:</b>      | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga un copago de \$99</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga un copago de \$99</p> <p>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un copago de \$99</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga un coseguro del 35%</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga un coseguro del 35%</p> <p>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un coseguro del 35%</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

|                                      | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos de especialidad:</b> | <i>Costo compartido estándar:</i><br>Usted paga un coseguro del 29%<br><br><i>Costo compartido preferido:</i><br>Usted paga un coseguro del 29%<br><br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un coseguro del 29% | <i>Costo compartido estándar:</i><br>Usted paga un coseguro del 29%<br><br><i>Costo compartido preferido:</i><br>Usted paga un coseguro del 29%<br><br>Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es un coseguro del 29% |

### Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

|                                                             | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare</b> | El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se implementó este año y puede 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). Es posible que usted ya participe en esta opción de pago. | 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. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-502-3340 (Capital Rx) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> . |
| <b>Ampliación del área de servicio</b>                      | El condado de Johnson no se encuentra en el área de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | El condado de Johnson se encuentra en el área de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

**Para seguir inscrito en BSW SeniorCare Advantage (PPO), no es necesario que haga nada.**

A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan BSW SeniorCare Advantage (PPO).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en BSW SeniorCare Advantage (PPO).

- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en BSW SeniorCare Advantage (PPO).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Baylor Scott & White Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales del plan y los montos de costo compartido.

### Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

Los beneficiarios de Medicare pueden modificar su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin otra cobertura para medicamentos de Medicare) del 1 de enero al 31 de marzo de 2026.

### Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid.
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen o están por abandonar la cobertura de un empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio del plan.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin otra cobertura para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tendrá la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare por 2 meses completos después del mes de su salida.

## **SECCIÓN 4      Recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta**

---

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas del plan mensuales de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - El Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (Programa estatal de asistencia farmacéutica [State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP]).** Texas tiene un programa llamado Programa para la salud renal (Kidney Health Care Program, KHC) de Texas, que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con el costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un

comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad; los medicamentos cubiertos; cómo inscribirse en el programa; o, si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090. Al llamar, no olvide informar el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare 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). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo ayuda a ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, son más convenientes que la participación en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-502-3340 (Capital Rx) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

---

## SECCIÓN 5      ¿Tiene preguntas?

---

### Reciba ayuda de BSW SeniorCare Advantage (PPO)

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141.** (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles para recibir llamadas 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). Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura de 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* para BSW SeniorCare Advantage (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Para obtener la *Evidencia de cobertura*, visite nuestro sitio web en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare)**

En nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

## **Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare**

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

Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre los seguros de salud. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP), visite <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

## **Reciba ayuda de Medicare**

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

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

- **Chatee en vivo con [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026)**

El manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026) se envía por correo a las personas que tienen Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Para obtener una copia, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas auxiliares (\$92.11)

---

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese: 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-334-3141（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese: 注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-866-334-3141（TTY：711）或與您的提供者討論。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-334-3141 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-334-3141 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-334-3141 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Korean: 주의: 한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-334-3141 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-334-3141 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

(العربية) Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر مجانا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات في أشكال يسهل الوصول إليها وفهمها. اتصل بالرقم 1-866-334-3141 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-334-3141 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian: ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' 1-866-334-3141 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Português: ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-334-3141 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-866-334-3141 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-334-3141 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Japanese: 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-334-3141 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください



## Aviso de no discriminación

---

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles).
- Presta servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el encargado de cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [HPCompliance@BSWHealth.org](mailto:HPCompliance@BSWHealth.org).

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer  
1206 West Campus Drive, Suite 151  
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento: 1-888-484-6977; o  
<https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el responsable de cumplimiento está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de forma

electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar quejas están disponibles en  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.  
Y0058\_Nondiscrimination\_Notice\_12/2021\_C