

Tu guía del 2026 para

**INSCRIBIRTE**

Un plan Medicare Advantage HMO-POS  
en el que puede confiar.



BaylorScott&White  
Health Plan

BSW SENIORCARE  
ADVANTAGE • HMO-POS

Esta guía destaca los beneficios de los planes **BSW SeniorCare Advantage HMO-POS** y le brinda la información que necesita para tomar una decisión informada sobre su plan de beneficios de Medicare.

Cuando esté listo para inscribirse, encontrará todos los formularios que necesita en el compartimento de adelante de esta guía.

## Dentro de esta guía

- Introducción e información sobre la inscripción
- Resumen de beneficios para 2026

## Dentro del compartimento

- Formulario de solicitud de inscripción individual (*necesario para inscribirse en Medicare Advantage*)
- Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (*opcional*)
- Sobre de correo de respuesta comercial
- Calificación con estrellas de Medicare Advantage
- Alcance del formulario de citas (*solo puede usarlo un corredor/agente*)

## Información de contacto

**Agente de seguros con licencia/ventas**  
**1.800.782.5068** TTY: 711

**Del 1 de octubre Al 31 de marzo:** los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Cerrado los días festivos importantes.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los días festivos importantes.

**Servicio al Cliente**  
**1.866.334.3141** TTY: 711

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:** los 7 días de la semana, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Cerrado los días festivos importantes.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Cerrado los días festivos importantes.

# Cobertura de Medicare Advantage que lo mantiene a usted como eje principal

## Su presupuesto.

Con primas reducidas desde \$0 y copagos asequibles, los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS se han elaborado teniendo en cuenta no solo su salud, sino también su presupuesto. Los planes están disponibles con o sin beneficios de medicamentos con receta y pedidos por correo. Usted elige.

## Su médico.

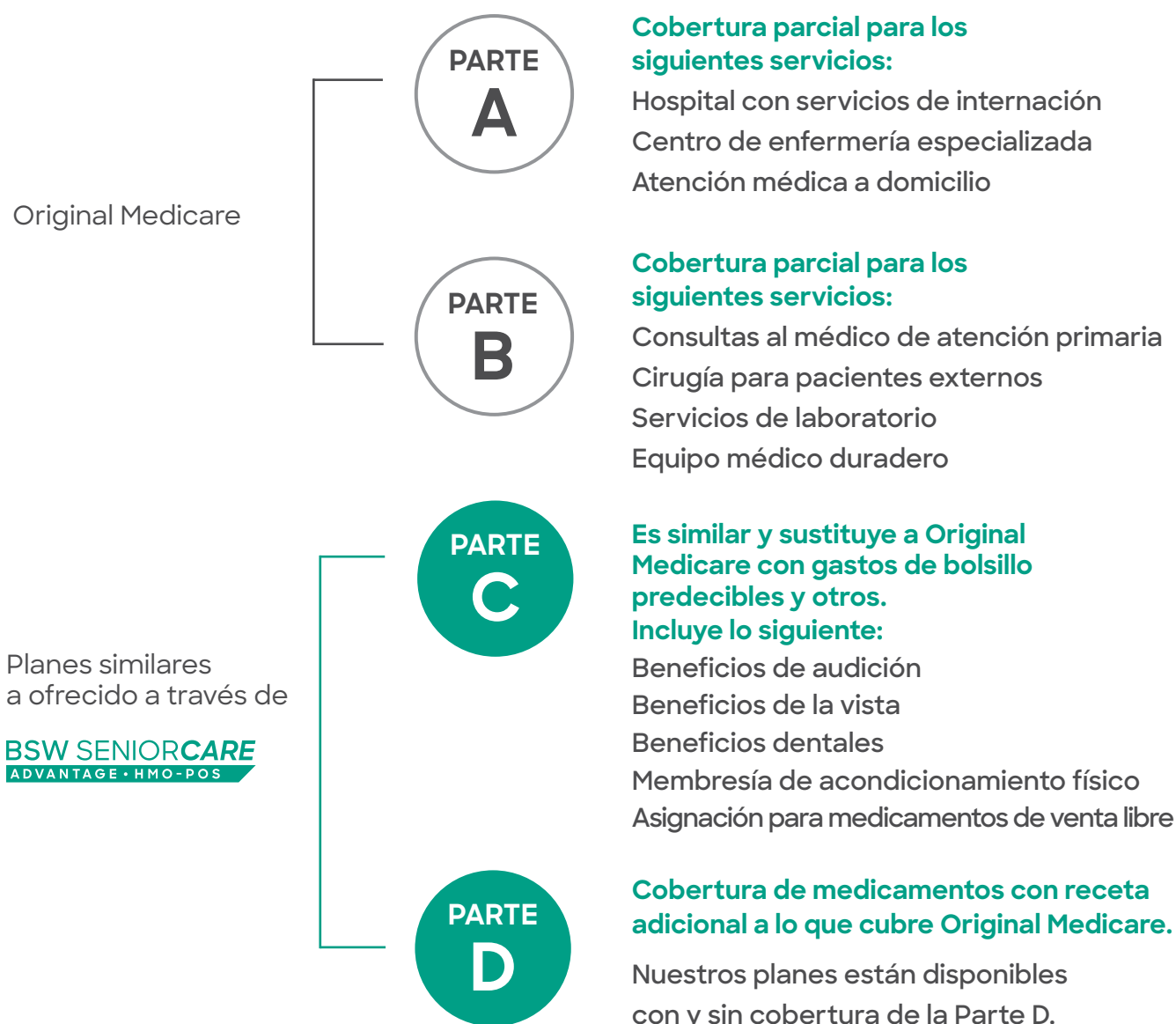
Elija entre una amplia red de proveedores de Baylor Scott & White Health, además de miles de proveedores adicionales dentro de la red en todo el centro, norte y oeste de Texas. También disfrutará de la libertad de tener cobertura de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo, y la oportunidad de consultar a especialistas dentro de la red sin una remisión.

## Su atención integral.

Con BSW SeniorCare Advantage, obtiene todos los beneficios de Original Medicare, además de muchos beneficios complementarios que ayudan a reducir los gastos de bolsillo y hacen la vida más fácil, como los siguientes:

- Atención de la vista
- Atención de la audición
- Atención dental
- Transporte de rutina a lugares aprobados
- Membresía de acondicionamiento físico
- Comidas a domicilio
- Asignación para medicamentos de venta libre
- Cobertura de emergencia en todo el mundo

# Cómo funciona Medicare



## Requisitos para calificar

- Debe vivir en nuestra área de servicio. Consulte el mapa que se encuentra en el Resumen de Beneficios para asegurarse de que viva dentro de nuestra área de servicio.
- Debe estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Debe tener derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare. Si no cuenta con la Parte A de Medicare, puede adquirirla a través del Seguro Social.

## Períodos de inscripción en Medicare



### IEP

Siete meses

#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL

Usted es elegible para inscribirse en Medicare por primera vez durante los tres meses previos a alcanzar los 65 años de edad, en el mes de su cumpleaños y durante los tres meses posteriores.



### AEP

Del 15 de octubre  
al 7 de diciembre

#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL

Haga cambios en su cobertura médica y de medicamentos con receta.



### OEP

Del 1 de enero  
al 31 de marzo

#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Los inscritos en Medicare Advantage pueden cambiar de plan o regresar a Original Medicare.



### SEP

Acontecimiento  
que califica

#### PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Puede cambiar su cobertura después de un acontecimiento que califica, como si se muda a un área de servicio diferente o si pierde su cobertura actual.

## BSW SeniorCare Advantage

Inscribirse en un plan Medicare Advantage como BSW SeniorCare Advantage HMO-POS de Baylor Scott & White Health Plan puede ayudar a disminuir sus gastos de bolsillo para la atención médica y proporcionarle muchos beneficios adicionales que no están disponibles a través de Original Medicare.

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

**No.** Con los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS, no es necesario que seleccione un PCP para que administre su atención. Puede consultar a un especialista de la red sin una derivación.

### ¿Cómo puede saber si su proveedor está en nuestra red?

Antes de inscribirse, pregúntele a su agente de seguros local acerca de nuestro directorio de proveedores o consulte “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en línea en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare).

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

Pregúntele a su agente de seguros local o visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) para ver el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias.

### ¿Puede recibir tratamiento fuera de la red?

Salvo para la atención de urgencia y emergencia, debe recibir su atención y sus servicios de proveedores de la red de BSW SeniorCare Advantage HMO-POS de Baylor Scott & White Health Plan. Si decide recibir servicios que no sean de urgencia o emergencia de proveedores fuera de la red, usted será personalmente responsable del pago de todos los cargos.

## Atención coordinada sin complicaciones

Baylor Scott & White Health Plan ofrece una experiencia de atención médica integrada, lo que significa que sus médicos de Baylor Scott & White Health y su plan Medicare Advantage están en el mismo equipo, comparten recursos y colaboran para ofrecerle la mejor experiencia de atención médica posible.

- Sus proveedores de Baylor Scott & White Health y su plan de salud utilizan el mismo sistema de registros médicos electrónicos para monitorear su atención. Colaboran fácilmente y lo liberan de tener que informar y compartir su información con cada uno de sus proveedores.
- Puede acceder a su información médica Y a la información de su plan de salud en el mismo lugar: [MyBSWHealth.com](https://MyBSWHealth.com).
- También hay una aplicación conveniente cuando necesita su información en el momento (la aplicación MyBSWHealth, disponible en App Store o Google Play).
- MyBSWHealth también es su conexión a consultas de atención virtual con un proveedor de Baylor Scott & White por \$0, en cualquier lugar de Texas.

Atención médica y cobertura bien pensadas y coordinadas, de un sistema en el que puede confiar.



## Beneficios destacados

**Atención de la audición.** Como parte de nuestro compromiso con la calidad de vida general de nuestros miembros, ofrecemos servicios auditivos esenciales que no están cubiertos por Original Medicare, incluidos un examen de audición de rutina y una asignación cada tres años para la compra de audífonos. Puede consultar a cualquier proveedor con licencia, dentro o fuera de la red, para recibir beneficios.

**Atención de la vista.** Nuestros planes para 2026 ofrecen cobertura para un examen de la vista de rutina anual, más una asignación anual para la compra de lentes de contacto, marcos y lentes. Puede consultar a cualquier proveedor con licencia, dentro o fuera de la red, para recibir beneficios.

**Atención dental.** Original Medicare no cubre la atención dental tradicional, pero los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen beneficios dentales sin prima adicional a través de MetLife.

El programa de dentistas Preferred Dentist Program (PDP) de MetLife es un beneficio PPO del plan dental. Puede realizar una consulta con cualquier dentista con licencia, dentro o fuera de la red de dentistas MetLife PDP Plus, y recibir beneficios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

Encuentre un dentista participante en [MetLife.com](https://www.MetLife.com).

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

**Membresía de acondicionamiento físico.** Su plan BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluye beneficios de acondicionamiento físico con el programa Silver&Fit®. Este programa ayuda a mantener o mejorar su acondicionamiento físico con clases, herramientas digitales y recursos para un envejecimiento saludable.

**Transporte de rutina.** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen un servicio de transporte de rutina a lugares aprobados, como citas médicas, consultas de fisioterapia, laboratorios, tiendas de comestibles y farmacias.

**Comidas a domicilio.** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen un beneficio de comidas para facilitar su recuperación cuando regrese a casa del hospital.

**Asignación para medicamentos de venta libre (OTC).** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen una asignación trimestral de compra (según el trimestre calendario) para usar en farmacias minoristas participantes para artículos de venta libre elegibles, como vendajes, medicamentos para el resfriado y la alergia, analgésicos y más.

**Cobertura mundial.** Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS incluyen cobertura mundial para servicios de urgencia, incluida la atención de emergencia y de urgencia, así como los servicios de transporte para atención de emergencia/urgencia.

**Para todos los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS (con o sin cobertura de medicamentos con receta), se incluyen beneficios complementarios sin una prima adicional.**

El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Living Boldly, FitnessCoach, Silver&Fit Connected!, y el logo de Silver&Fit son marcas comerciales de ASH. Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones. La participación en el centro de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits están sujetos a disponibilidad y a cambios.

## Medicamentos con receta asequibles

Los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS se pueden adquirir con o sin beneficios de medicamentos con receta. Nuestros planes ofrecen deducibles que van desde \$0 hasta \$250 y copagos tan bajos como \$0 para medicamentos genéricos preferidos. El costo de algunos medicamentos puede ser inferior en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Consulte el directorio de farmacias para encontrar las farmacias preferidas más cercanas.

Los requisitos o límites adicionales respecto de la cobertura de medicamentos con receta incluyen los siguientes:

- **Autorización previa:** BSW SeniorCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del plan de salud antes de obtener sus medicamentos con receta.
- **Límites de cantidad:** La cobertura puede tener un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener durante un período de tiempo específico, generalmente en función de un período de 30 días.
- **Terapia escalonada:** este proceso se aplica a ciertos medicamentos y hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento.

## Medicamentos con receta de pedido por correo

Los medicamentos con receta también se pueden enviar cómodamente a su hogar por correo. Para un suministro para 90 días, los medicamentos con receta de Nivel 1 y Nivel 2 están disponibles con un copago de \$0; los medicamentos con receta de Nivel 3 para dos copagos en lugar de tres; y los medicamentos con receta de Nivel 4 con un coseguro del 35 %.

Los beneficios son los siguientes:

- Suministros de tres meses de sus medicamentos
- Envío estándar gratuito
- Farmacéuticos disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Recordatorios útiles para tomar o resurtir sus medicamentos



Ingresa a [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare) para ver el formulario (lista de medicamentos) y el directorio de farmacias.

# Opción de plan de pagos de medicamentos con receta

El **plan de pago de medicamentos con receta de Medicare** es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos con receta de Medicare Advantage. Puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo y distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). La participación es **voluntaria**.

## Cómo funciona

Si selecciona esta opción de pago, cada mes seguirá pagando la prima de su plan (si tiene una), y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para pagar sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). La inscripción en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare no tiene costo adicional.

## ¿Es esta opción adecuada para usted?

Depende de su situación. Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos mensuales, pero **no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos**. Es más probable que se beneficie de participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare si tiene costos altos de medicamentos a principios del año calendario. Si bien puede comenzar a participar en esta opción de pago en cualquier momento del año, si comienza más temprano en el año (como antes de septiembre) tendrá más meses para distribuir sus costos de medicamentos.

Visite [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me) para responder algunas preguntas, y averigüe si es probable que se beneficie de esta opción de pago.

## Es posible que esta opción no sea la mejor opción para usted en los siguientes casos:

- Sus costos anuales de medicamentos son bajos.
- Los costos de sus medicamentos son los mismos todos los meses.
- Está considerando la posibilidad de inscribirse en la opción de pago a finales del año calendario (después de septiembre).
- No quiere cambiar la forma en que paga sus medicamentos.
- Recibe o es elegible para recibir Ayuda adicional de Medicare.
- Recibe o es elegible para recibir un Programa de ahorros de Medicare.
- Recibe ayuda para pagar sus medicamentos de otras organizaciones, como un Programa de asistencia farmacéutica estatal (SPAP), un programa de cupones u otra cobertura de salud.

Para obtener información sobre cómo inscribirse en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, consulte la página siguiente.

# Cómo participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si revisó la información de la página anterior y le gustaría participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare opcional, puede participar de las siguientes maneras:

- Complete el formulario de solicitud de elección en [Enrollment.Cap-Rx.com/BSW\\_Medicare](https://Enrollment.Cap-Rx.com/BSW_Medicare)
- O llame al **1.833.502.3340**
- O complete el Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, Incluido en el compartimento frontal de esta guía de inscripción, y devuélvalo en el Sobre de correo de respuestas comercial

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al **1.833.502.3340**, los siete días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.



| Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                   |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|----------------|
| El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos y le permite gestionar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).<br><b>Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.</b>                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                |
| Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).<br>Llame a su plan para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                   |                |
| <b>Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                |
| NOMBRE: APELLIDO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     | Inicial del SEGUNDO nombre (opcional):            |                |
| Número de Medicare: ____ - ____ - ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                   |                |
| Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)<br>(    /    /    )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | Número de teléfono:<br>(    ) (    ) (    )       |                |
| Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal a menos que se encuentre en situación de calle):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                                   |                |
| Ciudad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Condado (opcional): | Estado:                                           | Código postal: |
| Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se acepta apartado postal):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                   |                |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ciudad:             | Estado:                                           | Código postal: |
| <b>Lea y firme a continuación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                                   |                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Baylor Scott &amp; White Health Plan se comunicará conmigo si necesita más información.</li><li>• Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.</li><li>• Baylor Scott &amp; White Health Plan me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.</li></ul> |                     |                                                   |                |
| <b>Firma:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     | <b>Fecha:</b>                                     |                |
| Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección que figura a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal a completar este formulario de participación y que cuenta con documentación de dicha autorización si Medicare lo solicita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                   |                |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): |                |
| Número de teléfono: (    ) (    ) (    )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     | Relación con el participante:                     |                |

Y0058\_M3POptIn-SP\_C

OPCIONAL

# Cómo inscribirse en nuestro plan Medicare Advantage

Puede inscribirse en BSW SeniorCare Advantage de las siguientes maneras:

- Visite [MyBSWMedicare.com](http://MyBSWMedicare.com) e inscribese en línea.
- O llame al **1.800.782.5068** para hablar con un agente autorizado.

Del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Cerrado los días festivos importantes.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los días festivos importantes.

- O complete el Formulario de solicitud de inscripción individual incluido en el compartimento frontal de esta guía de inscripción y devuélvalo en el Sobre de correo de respuesta Comercial. Si prefiere enviarnos el Formulario por correo electrónico, puede hacerlo a [MedicareEnrollment@BSWHealth.org](mailto:MedicareEnrollment@BSWHealth.org) o puede enviarlo por fax al **1.254.298.3334**.
- O inscribese a través del centro de inscripción en línea a Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en [Medicare.gov](http://Medicare.gov)



Nº de OMB: 0938-1378  
Vencimiento: 12/31/26  
**BSW SENIORCARE**  
ADVANTAGE • HMO • POS

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

**¿Quién puede usar este formulario?**  
Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

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

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

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

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

**¿Cuándo uso este formulario?**  
Puede inscribirse en un plan:

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

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

**¿Qué necesito para completar este formulario?**

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

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE**  
No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

H8142\_26CTXHMOAPP-SP\_C

**Recordatorios:**

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

**¿Qué sucede después?**  
Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:  
Baylor Scott & White Health Plan  
1206 W. Campus Drive  
Temple, TX 76702  
Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

**¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?**  
Llame a Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**English:** Call Baylor Scott & White Health Plan at 1-800-782-5068. TTY users can call 711. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

**Individuos con falta de vivienda**

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

## OBLIGATORIO



MS-A4-126  
Enrollment Dept.

**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST CLASS MAIL PERMIT NO. 34 TEMPLE TX  
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH PLAN**  
MS-A4-126  
1206 W CAMPUS DR  
TEMPLE TX 76702-9916

NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



Comuníquese con un agente de seguros con licencia al **1.800.782.5068/TTY: 711**

# Qué esperar después de la inscripción

## Confirmación

Recibirá una carta de confirmación de inscripción dentro de los 7 días posteriores a la inscripción. Esta carta también es la confirmación de que Medicare ha aprobado su formulario de inscripción. Asegúrese de continuar con su cobertura actual hasta que su plan BSW SeniorCare Advantage entre en vigencia.

Si optó por el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una confirmación de su participación en un plazo de 10 días.

## Un kit de nuevo miembro

Después de la confirmación de la inscripción, recibirá su kit de nuevo miembro. Este kit incluirá su Guía de beneficios de membresía que detalla su cobertura, una Evaluación de riesgos de salud (HRA), información de contacto importante del plan, entre otras cosas.

## Ayuda adicional

Si califica para el programa “Ayuda adicional”, recibirá información sobre el Subsidio por bajos ingresos dentro de los 7 días posteriores a la inscripción verificada.

## Sus TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro dentro de los 10 días posteriores a la inscripción o antes del último día del mes previo a la fecha de entrada en vigencia de su plan. MetLife le enviará por correo una tarjeta de identificación para servicios dentales por separado.

## Una llamada de bienvenida

Dentro de los 30 días posteriores a la inscripción, recibirá una llamada telefónica de nuestro equipo de participación con los miembros para darle la bienvenida y responder cualquier pregunta que pueda tener. También hablaremos sobre cómo programar su consulta anual de bienestar.

## Una tarjeta de asignación para medicamentos de venta libre

Recibirá su tarjeta de asignación para medicamentos de venta libre por correo postal dentro de los 30 días posteriores a la inscripción. La tarjeta estará lista para usar tan pronto como la reciba por correo. Asegúrese de conservar su tarjeta después de usarla, ya que se recargará con fondos trimestralmente.

# 2026 RESUMEN de BENEFICIOS

Obtenga la atención que necesita y el servicio que se merece  
con **BSW SeniorCare Advantage HMO-POS**

CENTRO DE TEXAS



Baylor Scott & White  
Health Plan

**BSW SENIORCARE**  
ADVANTAGE • HMO-POS

**Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos  
incluidos en el plan BSW SeniorCare Advantage HMO-POS,  
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 HMO-POS 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](https://www.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 HMO-POS 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. Consúltelo en línea, en <https://www.medicare.gov>, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Cosas que debe saber sobre BSW SeniorCare Advantage HMO-POS**

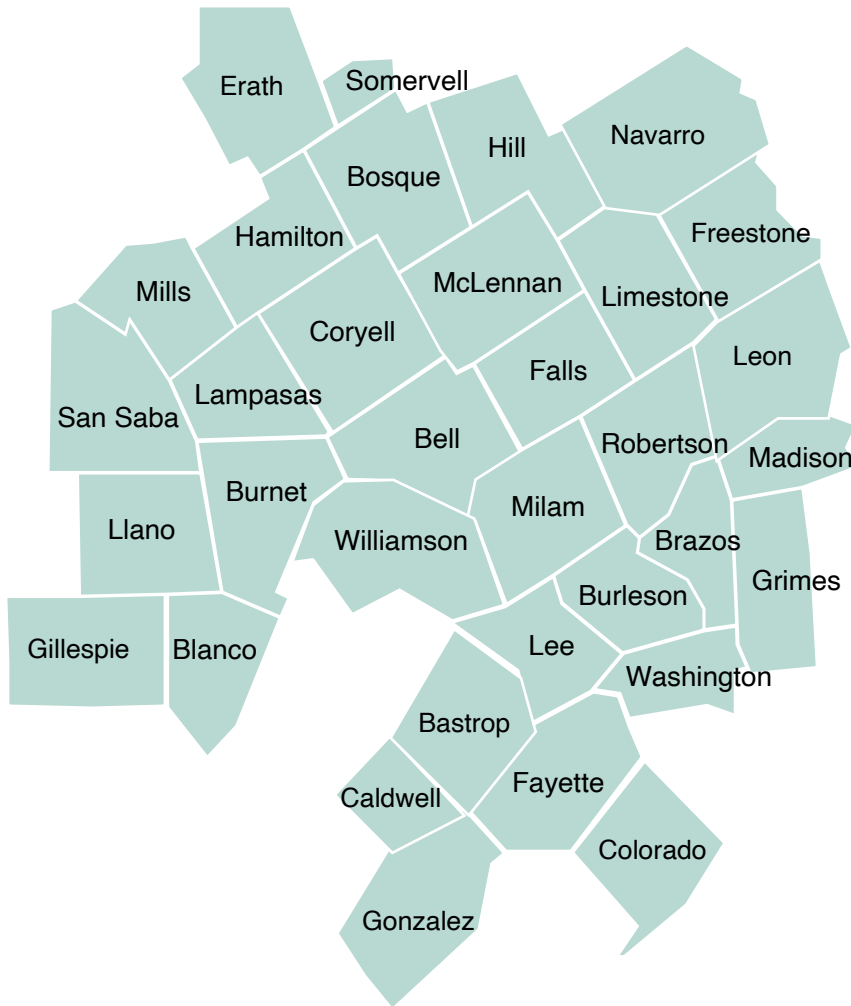
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto 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](https://www.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?**

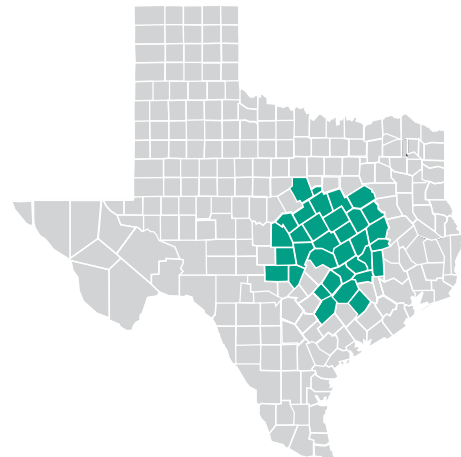
Para inscribirse en BSW SeniorCare Advantage HMO-POS, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Navarro, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

# ¿Cuál es el área de servicio para **BSW SeniorCare Advantage HMO-POS** en el Centro de Texas?



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

Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Navarro, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.



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

BSW SeniorCare Advantage HMO-POS 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](https://BSWHealthPlan.com/Medicare). Debe utilizar proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, a menos que el plan autorice lo contrario.

### **¿Qué cubrimos?**

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

BSW SeniorCare Advantage HMO-POS cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>Select</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Preferred</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Premium</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D<br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D<br><br>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.          | Usted paga \$0 por mes.<br><br>Usted paga \$0 por mes.<br><br>BSW SeniorCare Advantage Select (HMO-POS) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="http://ssa.gov">ssa.gov</a> para obtener más información. | Usted paga \$143 por mes.<br><br>Usted paga \$89 por mes.<br><br>BSW SeniorCare Advantage Preferred (HMO-POS) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="http://ssa.gov">ssa.gov</a> para obtener más información. | Usted paga \$255 por mes.<br><br>Usted paga \$199 por mes.<br><br>BSW SeniorCare Advantage Premium (HMO-POS) sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D paga \$50 para su prima de la Parte B. Esta reducción se aplica en su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre el seguro social, comuníquese con el Seguro Social o visite <a href="http://ssa.gov">ssa.gov</a> para obtener más información. |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                                         | Usted paga \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Usted paga \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Usted paga \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</b><br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D<br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D | Usted paga \$5,800 al año.<br><br>Usted paga \$5,900 al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Usted paga \$4,600 al año.<br><br>Usted paga \$4,500 al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Usted paga \$4,800 al año.<br><br>Usted paga \$4,500 al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Hospital para pacientes internados*</b>                                                                                                                                                                                               | Copago de \$325 por día para los días 1-6; copago de \$0 por día para los días 7-90.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Copago de \$700 por estadía para los días 1-90.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Copago de \$100 por estadía para los días 1-90.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                            | <b>Select</b>                               | <b>Preferred</b>                            | <b>Premium</b>                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Hospital para pacientes externos*</b>                                                                                              |                                             |                                             |                                            |
| <b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>                                                                                                  | Usted paga un copago de \$250 por consulta. | Usted paga un copago de \$100 por consulta. | Usted paga un copago de \$0 por consulta.  |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b>                                                                                | Usted paga un copago de \$325 por consulta. | Usted paga un copago de \$15 por consulta.  | Usted paga un copago de \$0 por consulta.  |
| <b>Servicios intensivos del programa para pacientes externos</b>                                                                      | Usted paga un copago de \$40 por consulta.  | Usted paga un copago de \$15 por consulta.  | Usted paga un copago de \$0 por consulta.  |
| <b>Consultas médicas</b>                                                                                                              |                                             |                                             |                                            |
| <b>Proveedores de atención primaria</b>                                                                                               | Usted paga un copago de \$0 por consulta.   | Usted paga un copago de \$0 por consulta.   | Usted paga un copago de \$0 por consulta.  |
| <b>Especialista</b>                                                                                                                   | Usted paga un copago de \$30 por consulta.  | Usted paga un copago de \$30 por consulta.  | Usted paga un copago de \$0 por consulta.  |
| <b>Atención preventiva</b>                                                                                                            | Usted paga un copago de \$0.                | Usted paga un copago de \$0.                | Usted paga un copago de \$0.               |
| <b>Atención de emergencia</b><br>No se aplica el copago si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección. | Usted paga un copago de \$130 por consulta. | Usted paga un copago de \$130 por consulta. | Usted paga un copago de \$90 por consulta. |
| <b>Servicios de urgencia</b><br>No se aplica el copago si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.  | Usted paga un copago de \$50 por consulta.  | Usted paga un copago de \$40 por consulta.  | Usted paga un copago de \$40 por consulta. |
| <b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes*</b>                                                                                 |                                             |                                             |                                            |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b>                                                                                        | Usted paga un copago de \$0.                | Usted paga un copago de \$0.                | Usted paga un copago de \$0.               |
| <b>Servicios de laboratorio</b>                                                                                                       | Usted paga un copago de \$0.                | Usted paga un copago de \$0.                | Usted paga un copago de \$0.               |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Select                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Preferred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes* (continuación)</b><br><br><b>Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI])</b><br><br><b>Radiografías para pacientes externos</b>                                                                                    | <p>Usted paga un copago de \$0 a \$300.</p><br><br><p>Usted paga un copago de \$0.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Usted paga un copago de \$0 a \$15.</p><br><br><p>Usted paga un copago de \$0.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Usted paga un copago de \$0.</p><br><br><p>Usted paga un copago de \$0.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Servicios auditivos</b><br><br><b>Examen auditivo cubierto por Medicare</b><br><br><b>Examen auditivo de rutina</b><br>Se limita a un examen al año.<br><br><b>Audífonos</b><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D<br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D | <p>Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare.</p><br><br><p>Usted paga un copago de \$0 por examen.</p><br><br><p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,600 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados.</p><br><br><p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados.</p> | <p>Usted paga un copago de \$15 por examen auditivo cubierto por Medicare.</p><br><br><p>Usted paga un copago de \$0 por examen.</p><br><br><p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,100 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados.</p><br><br><p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo cubierto por Medicare.</p><br><br><p>Usted paga un copago de \$0 por examen.</p><br><br><p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados.</p><br><br><p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados.</p> |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Select                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Preferred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos</b><br><br><b>Odontología preventiva y de diagnóstico</b><br><br><b>Exámenes orales:</b><br>Un examen cada seis meses.<br><br><b>Radiografías dentales:</b><br>Una radiografía de boca completa cada 60 meses.<br>Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.<br><br><b>Otros servicios odontológicos de diagnóstico:</b><br>Radiografías periapicales una vez cada seis meses.<br><br><b>Profilaxis (limpieza):</b><br>Una limpieza cada seis meses.<br><br><b>Otros servicios odontológicos preventivos:</b><br>Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar). | <b>Dentro y fuera de la red combinados</b><br><br><br><br>Copago de \$0 por cada examen oral.<br><br>Copago de \$0 por cada radiografía.<br><br><br><br>Copago de \$0 por cada radiografía periapical.<br><br><br><br>Copago de \$0 por cada limpieza.<br><br>Copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas. | <b>Dentro y fuera de la red combinados</b><br><br><br><br>Copago de \$0 por cada examen oral.<br><br>Copago de \$0 por cada radiografía.<br><br><br><br>Copago de \$0 por cada radiografía periapical.<br><br><br><br>Copago de \$0 por cada limpieza.<br><br>Copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas. | <b>Dentro y fuera de la red combinados</b><br><br><br><br>Copago de \$0 por cada examen oral.<br><br>Copago de \$0 por cada radiografía.<br><br><br><br>Copago de \$0 por cada radiografía periapical.<br><br><br><br>Copago de \$0 por cada limpieza.<br><br>Copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas. |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                 | Select                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Preferred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos (continuación)</b><br><br><b>Máximo anual de beneficios:</b><br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D | Monto máximo de cobertura del plan de \$3,500 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Monto máximo de cobertura del plan de \$3,000 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. | Monto máximo de cobertura del plan de \$3,000 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Monto máximo de cobertura del plan de \$3,000 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. | Monto máximo de cobertura del plan de \$3,000 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Monto máximo de cobertura del plan de \$3,000 anuales para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. |
| <b>Servicios odontológicos integrales</b><br><br><b>Servicios de restauración:</b><br><br>Un empaste de resina o amalgama por superficie, por diente cada 24 meses.<br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                 | Coseguro del 0% al 50% por cada servicio de restauración.<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 100%.<br><br>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 100%.                                                                                                                                                                                        | Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 50%.<br><br>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 50%.                                                                                                                                                                                                | Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 50%.<br><br>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 50%.                                                                                                                                                                                                |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Select                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Preferred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios odontológicos integrales (continuación)</b></p> <p><b>Servicios de restauración (continuación):</b></p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D</p> <p><b>Endodoncia:</b></p> <p>Los tratamientos de conducto se cubren una vez por diente de por vida. Recubrimiento pulpar según sea necesario.</p> <p>Un tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación por diente de por vida.</p> <p><b>Periodoncia:</b></p> <p>Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses.</p> <p>Mantenimiento periodontal hasta dos veces por año calendario en combinación con limpieza profiláctica.</p> <p>Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.</p> | <p>Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 50%.</p> <p>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 50%.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.</p> | <p>Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 50%.</p> <p>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 50%.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.</p> | <p>Un par de dentaduras postizas cada cinco años cubiertas al 50%.</p> <p>Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años al 50%.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.</p> <p>Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.</p> |

| Primas y beneficios                                                         | Select                                                                            | Preferred                                                                   | Premium                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos integrales (continuación)</b>                    |                                                                                   |                                                                             |                                                                             |
| <b>Prostodoncia, removible</b>                                              | Usted paga un coseguro del 0% al 50% por cada servicio de prostodoncia removible. | Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible. | Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible. |
| Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                    |                                                                                   |                                                                             |                                                                             |
| Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario. | Usted paga el 0%.                                                                 | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses.                        | Usted paga el 0%.                                                                 | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses.       | Usted paga el 0%.                                                                 | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.                              | Usted paga el 50%.                                                                | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D                    |                                                                                   |                                                                             |                                                                             |
| Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario. | Usted paga el 50%.                                                                | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses.                        | Usted paga el 50%.                                                                | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses.       | Usted paga el 50%.                                                                | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |
| Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.                              | Usted paga el 50%.                                                                | Usted paga el 50%.                                                          | Usted paga el 50%.                                                          |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Select                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Preferred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos integrales (continuación)</b><br><br><b>Servicios de implantes</b><br>Un implante por diente cada 10 años calendario.<br><br>Una reparación de implante y prótesis implantosoportada por posición dental cada 10 años calendario.<br><br><b>Prostodoncia, fija</b><br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D<br><br>Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario.<br><br>Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses.<br><br>Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses.<br><br>Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.<br><br>Puentes cubiertos mediante prostodoncista una vez cada 10 años. | Coseguro del 50% por cada servicio de implante.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga un coseguro del 0% al 50% por cada servicio de prostodoncia removible.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 0%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 0%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 0%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%. | Coseguro del 50% por cada servicio de implante.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%. | Coseguro del 50% por cada servicio de implante.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga el 50%. |



| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Select                                                            | Preferred                                                         | Premium                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios odontológicos integrales (continuación)</b></p> <p><b>Servicios generales complementarios</b></p> <p>Una consulta y ajuste oclusal 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>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>Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.</p> | <p>Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.</p> | <p>Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.</p> |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Select                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Preferred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de la vista</b><br><br><b>Lentes y accesorios</b><br>El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto dentro o fuera de la red.<br><br>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D<br><br>Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D<br><br><b>Examen de la vista de rutina</b><br><br><b>Examen de la vista cubierto por Medicare</b> | Monto máximo de cobertura de \$185 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.<br><br>Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.<br><br>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.<br><br>Usted paga un copago de \$40 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare. | Monto máximo de cobertura de \$150 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.<br><br>Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.<br><br>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.<br><br>Usted paga un copago de \$15 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare. | Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.<br><br>Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.<br><br>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.<br><br>Usted paga un copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare. |
| <b>Servicios de salud mental</b><br><br><b>Hospitalización*</b><br><br><b>Terapia individual o grupal para pacientes externos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Usted paga un copago de \$318 por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 6-90.<br><br>Usted paga un copago de \$30 por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga un copago de \$700 por estadía para los días 1-90.<br><br>Usted paga un copago de \$15 por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Usted paga un copago de \$100 por estadía para los días 1-90.<br><br>Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                             | <b>Select</b>                                                                                                                                    | <b>Preferred</b>                                                                                                                                 | <b>Premium</b>                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b> | Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$218 por día para los días 21-100.                                            | Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$100 por día para los días 21-100.                                            | Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$50 por día para los días 21-100.                                             |
| <b>Fisioterapia</b>                                                                                    |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| <b>Terapia ocupacional</b>                                                                             | Usted paga un copago de \$35 por consulta.                                                                                                       | Usted paga un copago de \$25 por consulta.                                                                                                       | Usted paga un copago de \$10 por consulta.                                                                                                       |
| <b>Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</b>                                                 | Usted paga un copago de \$35 por consulta.                                                                                                       | Usted paga un copago de \$25 por consulta.                                                                                                       | Usted paga un copago de \$10 por consulta.                                                                                                       |
| <b>Servicio de ambulancia</b>                                                                          |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| <b>Ambulancia terrestre</b>                                                                            |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                               | Usted paga un copago de \$300.                                                                                                                   | Usted paga un copago de \$75.                                                                                                                    | Usted paga un copago de \$40.                                                                                                                    |
| Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D                                               | Usted paga un copago de \$265.                                                                                                                   | Usted paga un copago de \$75.                                                                                                                    | Usted paga un copago de \$40.                                                                                                                    |
| <b>Ambulancia aérea*</b>                                                                               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                               | Usted paga un copago de \$300.                                                                                                                   | Usted paga un copago de \$75.                                                                                                                    | Usted paga un copago de \$40.                                                                                                                    |
| Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D                                               | Usted paga un copago de \$265.                                                                                                                   | Usted paga un copago de \$75.                                                                                                                    | Usted paga un copago de \$40.                                                                                                                    |
| <b>Transporte (adicional, de rutina)</b>                                                               | Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección. | Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección. | Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes en una sola dirección por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada dirección. |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Select                                                                                                                                                                                                         | Preferred                                                                                                                                                                                                      | Premium                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b><br><br><b>Medicamentos de quimioterapia</b><br>Puede ser necesaria una autorización previa.<br>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.<br><br><b>Otros medicamentos de la Parte B</b><br>Puede ser necesaria una autorización previa.<br>Puede ser necesario el tratamiento escalonado.<br><br>Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de insulina cubierta, cuando se utiliza en una bomba de insulina. | Usted paga un coseguro del 0% al 20%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga un coseguro del 0% al 20%.                                                                                             | Usted paga un coseguro del 0% al 20%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga un coseguro del 0% al 20%.                                                                                             | Usted paga un coseguro del 0% al 20%.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Usted paga un coseguro del 0% al 20%.                                                                                             |
| <b>Programa de bienestar (por ejemplo, actividad física)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Silver&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. Este beneficio no tiene costo adicional para usted. | Silver&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. Este beneficio no tiene costo adicional para usted. | Silver&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. Este beneficio no tiene costo adicional para usted. |
| <b>Atención médica a domicilio*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                      | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                      | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                      |
| <b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b><br>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Usted paga un copago de \$40 por consulta.                                                                                                                                                                     | Usted paga un copago de \$15 por consulta.                                                                                                                                                                     | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                      |

| <b>Primas y beneficios</b>                                                                                                                                              | <b>Select</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Preferred</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>Premium</b>                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y sesiones individuales o grupales de servicios psiquiátricos</b> | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                                                                            | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                                         | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Servicio de tratamiento de opioides*</b>                                                                                                                             | Usted paga un copago de \$45 por consulta.                                                                                                                                                                                                                           | Usted paga un copago de \$15 por consulta.                                                                                                                                                                                        | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Beneficio de comidas</b>                                                                                                                                             | Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.                                                                                                                                                            | Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.                                                                                                                         | Usted paga un copago de \$0 para 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.                                                                                                                         |
| <b>Artículos de venta libre</b>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |
| Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D                                                                                                                | 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 como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. | Monto máximo de cobertura del plan de \$30 cada 3 meses para artículos OTC. Asignación deslice y ahorre para artículos como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. | Monto máximo de cobertura del plan de \$30 cada 3 meses para artículos OTC. Asignación deslice y ahorre para artículos como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. |
| Sin cobertura para medicamentos con receta de la parte D                                                                                                                | Monto máximo de cobertura del plan de \$30 cada 3 meses para artículos OTC. Asignación deslice y ahorre para artículos como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal.                                    | Monto máximo de cobertura del plan de \$30 cada 3 meses para artículos OTC. Asignación deslice y ahorre para artículos como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. | Monto máximo de cobertura del plan de \$30 cada 3 meses para artículos OTC. Asignación deslice y ahorre para artículos como medicamentos o productos relacionados con el cuidado de los ojos, el bienestar o el cuidado personal. |

| Primas y beneficios                                      | Select                                                                                                  | Preferred                                                                                               | Premium                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</b> |                                                                                                         |                                                                                                         |                                                                                                         |
| <b>Atención de emergencia</b>                            | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                               | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                               | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                               |
| <b>Atención de urgencia</b>                              | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                               | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                               | Usted paga un copago de \$0 por consulta.                                                               |
| <b>Transporte de emergencia/urgencia</b>                 | Usted paga un copago de \$0 por viaje.                                                                  | Usted paga un copago de \$0 por viaje.                                                                  | Usted paga un copago de \$0 por viaje.                                                                  |
| <b>Máximo anual de beneficios</b>                        | Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000 por año para el beneficio en todo el mundo. | Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000 por año para el beneficio en todo el mundo. | Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$5,000 por año para el beneficio en todo el mundo. |

\* **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](https://BSWHealthPlan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2025.

| Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare |                                                                                                                    |                                                    |                                                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                   | BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)                                                                       |                                                    |                                                     |
| <b>Deducible</b>                                  | \$250<br>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><br>(Genéricos preferidos)          | Usted paga un copago de \$10.                                                                                      | Usted paga un copago de \$0.                       | Usted paga un copago de \$0.                        |
| <b>Nivel 2</b><br>(Genéricos)                     | Usted paga un copago de \$20.                                                                                      | Usted paga un copago de \$13.                      | Usted paga un copago de \$0.                        |
| <b>Nivel 3</b><br>(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><br>(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><br>(De especialidad)               | Usted paga un coseguro del 30%.                                                                                    | Usted paga un coseguro del 30%.                    | 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](https://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).

| Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare |                                                                                                                    |                                                    |                                                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                   | BSW SeniorCare Advantage Preferred Rx (HMO-POS)                                                                    |                                                    |                                                     |
| <b>Deducible</b>                                  | \$0                                                                                                                |                                                    |                                                     |
|                                                   | <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><br>(Genéricos preferidos)          | Usted paga un copago de \$8.                                                                                       | Usted paga un copago de \$0.                       | Usted paga un copago de \$0.                        |
| <b>Nivel 2</b><br>(Genéricos)                     | Usted paga un copago de \$15.                                                                                      | Usted paga un copago de \$8.                       | Usted paga un copago de \$0.                        |
| <b>Nivel 3</b><br>(De marca preferida)            | Usted paga un copago de \$45.                                                                                      | Usted paga un copago de \$45.                      | Usted paga un copago de \$90.                       |
| <b>Nivel 4</b><br>(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><br>(De especialidad)               | Usted paga un coseguro del 33%.                                                                                    | Usted paga un coseguro del 33%.                    | 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](https://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).

| Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare |                                                                                                                    |                                                    |                                                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                   | BSW SeniorCare Advantage Premium Rx (HMO-POS)                                                                      |                                                    |                                                     |
| <b>Deducible</b>                                  | \$0                                                                                                                |                                                    |                                                     |
|                                                   | <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><br>(Genéricos preferidos)          | Usted paga un copago de \$7.                                                                                       | Usted paga un copago de \$0.                       | Usted paga un copago de \$0.                        |
| <b>Nivel 2</b><br>(Genéricos)                     | Usted paga un copago de \$12.                                                                                      | Usted paga un copago de \$5.                       | Usted paga un copago de \$0.                        |
| <b>Nivel 3</b> (De marca preferida)               | Usted paga un copago de \$45.                                                                                      | Usted paga un copago de \$45.                      | Usted paga un copago de \$90.                       |
| <b>Nivel 4</b><br>(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><br>(De especialidad)               | Usted paga un coseguro del 33%.                                                                                    | Usted paga un coseguro del 33%.                    | 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](https://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](https://www.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.
- ☐ Si su plan incluye cobertura de la Parte D, revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **Comprenda las reglas importantes**

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se debita de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ 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 HMO-POS es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. 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.



BaylorScott&White  
Health Plan

**BSW SENIORCARE**  
ADVANTAGE • HMO-POS

## Qué pueden esperar nuestros miembros de nosotros.

Con el respaldo de Baylor Scott & White Health, el sistema de salud sin fines de lucro más grande del estado de Texas, Baylor Scott & White Health Plan ofrece acceso a todos los médicos de Baylor Scott & White, además de miles de proveedores fuera de Baylor Scott & White. Con más de 40 años de cobertura centrada en nuestros miembros, planeamos continuar brindándoles el mejor apoyo, la mejor experiencia de atención y los mejores resultados posibles en su camino hacia una vida más saludable.

## ¡Obtenga más información hoy!

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

BSW SeniorCare Advantage HMO-POS es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. 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.

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

No está relacionado ni respaldado por el gobierno de los Estados Unidos o el programa federal Medicare.

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

### ¿Quién puede usar este formulario?

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

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

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

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

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

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

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

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

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

### Recordatorios:

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

### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:  
Baylor Scott & White Health Plan  
1206 W. Campus Drive  
Temple, TX 76502

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**English:** Call Baylor Scott & White Health Plan at 1-800-782-5068. TTY users can call 711. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

### Individuos con falta de vivienda

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

## Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Elija el plan al que quiere unirse:

### Sin medicamentos con receta

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select **\$0**

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred **\$89**

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium **\$199**

### Con medicamentos con receta

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select w/Rx **\$0**

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred w/Rx **\$143**

☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium w/Rx **\$255**

PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Opcional: Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM / DD / AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
(     /     /     ) ☐ Masculino ☐ Femenino (     )

Dirección de domicilio permanente (No escriba un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad: \_\_\_\_\_ Opcional: Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal).

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Información de Medicare:

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_

### Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de BSW SeniorCare Advantage?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de miembro para esa cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en BSW SeniorCare Advantage.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que BSW SeniorCare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de BSW SeniorCare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de BSW SeniorCare Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta BSW SeniorCare Advantage y los incluidos en la "Evidencia de cobertura" de BSW SeniorCare Advantage (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni BSW SeniorCare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si firma un representante autorizado (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción.
  - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.**

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Letra grande ☐ Braille ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Baylor Scott & White Health Plan al 1-866-334-3141 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente.

Nuestro horario de oficina es:

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:** los 7 días de la semana, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.

Cerrado los principales días festivos.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.

Cerrado los principales días festivos.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Su dirección de correo electrónico:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Cómo pagar las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber)

- ☐ Por correo; recibe una factura mensual.
- ☐ Por transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: ☐ De cheques ☐ De ahorro

**También puede elegir pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio**

- ☐ del Seguro Social o ☐ de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) todos los meses.

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde con su ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o usted podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Baylor Scott & White Health Plan el IRMAA de la Parte D.

### Para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario solamente

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

La firma: \_\_\_\_\_

Número Nacional de Productor (solo Agentes/Corredores): \_\_\_\_\_

#### Solo para uso de agente/corredor:

Enrollment Period: ☐ IEP ☐ AEP ☐ SEP (type): \_\_\_\_\_ ☐ Not Eligible

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para la mejora de la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos con receta (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

**Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he mudado, y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente salí de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del centro el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente he abandonado un programa PACE el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- ☐ Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Me he visto afectado por una emergencia o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias [FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones indicadas aquí aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con Baylor Scott & White Health Plan al 1-800-782-5068 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana, de 8 am a 8 pm (cerrado en días festivos). Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm (cerrado en días festivos).

## 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 forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial 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 ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

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 una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

**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 Sprachassistenzen 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.

Arabic (العربية)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر مجاناً 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 fòm 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

**ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS  
FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN**



Gracias por aceptar reunirse con un agente de seguros autorizado que es empleado de o tiene un contrato con Baylor Scott & White Health Plan. Durante su reunión, no está obligado a inscribirse en un plan. El agente de ventas no lo inscribirá automáticamente en ningún plan que analicen juntos. Su estado de inscripción actual o futuro en Medicare no se verá afectado.

Escriba sus iniciales a continuación para seleccionar qué tipo de producto(s) desea que el agente analice con usted.

☐ Planes Medicare Advantage con planes de medicamentos recetados de la Parte D

☐ Planes Medicare Advantage sin planes de medicamentos recetados de la Parte D

**Firma del beneficiario o representante autorizado, número de teléfono y fecha de la firma:**

\_\_\_\_\_  
Firma

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (*impreso*)

\_\_\_\_\_  
Su relación con el beneficiario

**Debe ser completado por el agente:**

Si el beneficiario firma el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se firmó el Alcance de la Designación (SOA) antes de la reunión.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Teléfono del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Dirección del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Método inicial de contacto (indique si el beneficiario se presentó sin cita previa)

\_\_\_\_\_  
Dónde tuvo lugar la visita sin cita previa (es decir, la oficina del agente)

\_\_\_\_\_  
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión

\_\_\_\_\_  
Nombre del agente

\_\_\_\_\_  
Teléfono del agente

\_\_\_\_\_  
Fecha en la que se completó la cita

\_\_\_\_\_  
N.º de escritura del agente o NPN

\_\_\_\_\_  
Firma del agente

## Descripciones del plan

### Planes Medicare Advantage con planes de medicamentos recetados de la Parte D

- **Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en situaciones de emergencia y atención de urgencia, solo puede obtener su atención de médicos u hospitales en la red del plan.
- **Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con beneficios de Punto de Servicio (POS) agregados:** un plan HMO que ofrece un beneficio suplementario obligatorio adicional, que le permite al inscrito la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan.
- **Plan de la Organización para los Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO incluyen médicos y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

### Planes Medicare Advantage sin planes de medicamentos recetados de la Parte D

- **Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en situaciones de emergencia, solo puede obtener su atención de médicos u hospitales en la red del plan.
- **Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con beneficios de Punto de Servicio (POS) agregados:** un plan HMO que ofrece un beneficio suplementario obligatorio adicional, que le permite al inscrito la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan.

## Recordatorios para los agentes:

El Alcance de la Designación (SOA) es válido por 12 meses a partir de la fecha de la firma del beneficiario o la fecha de la solicitud inicial de información del beneficiario.

El SOA debe completarse y acordarse con el beneficiario al menos 48 horas antes de la comercialización personal programada, excepto en los casos que mencionan a continuación:

- Los SOA que se completen durante los últimos cuatro días de un período de elección válido para el beneficiario.
- Reuniones presenciales no programadas (sin cita previa) que el beneficiario haya iniciado.

La distribución del SOA en eventos educativos está prohibida.

La documentación del SOA está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS de 10 años.

**INFORMACION IMPORTANTE:****Calificación 2025 de Medicare con Estrellas**

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos

**Baylor Scott & White Health Plan - H8142**

**En el 2025, Baylor Scott & White Health Plan - H8142 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:**

**Calificación general por estrellas:** ★★★★★

**Calificación de los Servicios de Salud:** ★★★★★☆

**Calificación de los Servicios de Medicamentos:** ★★★★★

**Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.**

**Por qué la Calificación por Estrellas es importante**

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea**

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare).

**¿Preguntas sobre este plan?**

Comuníquese con Baylor Scott & White Health Plan 7 días a la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central a 866-334-3141 (número gratuito) o al 711 (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central. Miembros actuales favor de llamar 866-334-3141 (número gratuito) o al 711 (TTY).

**El número de estrellas indica  
qué tan bien funciona el plan.**

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

## Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos y le permite gestionar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).

**Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).  
Llame a su plan para obtener más información.

**Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Inicial del SEGUNDO nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  
(     /     /     )

Número de teléfono:  
(     )

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal a menos que se encuentre en situación de calle):

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado (opcional): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se acepta apartado postal):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Baylor Scott & White Health Plan se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Baylor Scott & White Health Plan **me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección que figura a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal a completar este formulario de participación y que cuenta con documentación de dicha autorización si Medicare lo solicita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (     ) \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

## **Cómo enviar este formulario**

Envíe su formulario completado a la siguiente dirección:

Capital Rx

Attn: M3P Elections

9450 SW Gemini Dr.

Suite 87234

Beaverton, OR 97008-7105

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en [www.Enrollment.Cap-Rx.com/BSW\\_Medicare](http://www.Enrollment.Cap-Rx.com/BSW_Medicare) o llamarnos al 833.502.3340 para hacer su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 833.502.3340, los siete días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

## **Términos y condiciones:**

Usted da fe y comprende que debe ser miembro de la Parte D de Medicare para participar en este programa. Usted reconoce y acepta que la ley no exige su participación en el programa del plan de medicamentos con receta de Medicare (MPPP) y que este es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los CMS pueden ajustar los requisitos del programa del MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden afectar su posición en el programa del MPPP, el funcionamiento del programa del MPPP u otros aspectos del programa. Cuando participa en el MPPP, acepta el reembolso de todos y cada uno de los costos de prescripción aplicables en los que haya incurrido durante su participación en el programa del MPPP. Además, acepta que su información privada, incluida la información de salud protegida, puede comunicarse a entidades de terceros para ofrecerle a usted ciertos servicios o funciones del programa del MPPP. Para obtener más información, consulte la Política de privacidad de Capital Rx en [www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy](http://www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy). Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, usted entiende que el contenido, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su respetuoso propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.

Baylor Scott & White Health Plan ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS como una organización Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage PPO como una organización MA a través de un contrato con Medicare. La inscripción en uno de estos planes depende de la renovación del contrato del plan de salud con Medicare.