

Su guía de 2027 para INSCRIBIRSE

Un plan Medicare Advantage HMO-POS
de una marca en la que confía.



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 Senior Advantage HMO-POS Select **\$0**
☐ BSW Senior Advantage HMO-POS Preferred **\$65**
☐ BSW Senior Advantage HMO-POS Premium **\$170**

Con medicamentos con receta

- ☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Select w/Rx **\$0**
☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Preferred w/Rx **\$152**
☐ BSW SeniorCare Advantage HMO-POS Premium w/Rx **\$258**

☐ Cobertura dental integral **opcional + \$30**

PRIMER nombre:		APELLIDO:		Opcional: Inicial del 2.º nombre:	
Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A) (/ /)		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		Número de teléfono: ()	
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: Fechas de 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 finaliza 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 estoy entendiendo 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 AM – 8:00 PM

Cerrado los principales días festivos.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 7:00 AM – 8:00 PM

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:

Contacto de emergencia

Nombre:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

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 8:00 AM – 8:00 PM (cerrado en días festivos). Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8:00 AM – 5:00 PM (cerrado en días festivos).

Baylor Scott & White
Health Plan

A continuación, escriba sus iniciales junto al tipo de producto que desea que el agente le explique.

Plan Dental Suplementario Opcional

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



Plan Use Only / Para uso exclusivo del plan

*El documento **Scope of Appointment (SOA, Alcance de una cita)** está sujeto a los requisitos de retención de archivos de los CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).*

Agente: Este formulario debe completarse para definir el alcance ANTES de cualquier conversación de ventas.

Descripciones del plan

Planes Medicare Advantage con Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia o atención urgente, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.
- **Plan de Organización de Proveedores Preferidos de Medicare (PPO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, por lo general, a un costo mayor.

Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.

Plan Dental Suplementario Opcional

El plan ofrece beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir las necesidades de servicios dentales. Este plan no está afiliado ni vinculado a Medicare. No es un plan dental independiente.

El seguro dental se proporciona mediante Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). Cada aseguradora tiene responsabilidad económica por sus propios productos.

Baylor Scott & White Health Plan ofrece planes HMO de BSW SeniorCare Advantage HMO como una organización de Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Care Plan ofrece planes HMO de Covenant Health Advantage como una organización MA a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece planes PPO de 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.

2027 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 2027 al 31 de diciembre de 2027

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 antes del 15 de octubre de 2026.

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 [Medicare.gov](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 [Medicare.gov](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 AM a 8:00 PM, los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 AM a 8:00 PM, 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 AM a 8:00 PM, los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
- Nuestro sitio web: 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, Madison, McLennan, Milam, Mills, Navarro, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

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



Los condados en el área de servicio se incluyen 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. 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.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga \$0 por mes.	Usted paga \$152 por mes.	Usted paga \$258 por mes.
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta) Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga \$7,150 al año.	Usted paga \$5,400 al año.	Usted paga \$5,000 al año.
Hospital para pacientes internados*	Copago de \$350 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.
Hospital para pacientes externos* Centro quirúrgico ambulatorio Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga un copago de \$300 por consulta.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
	Usted paga un copago de \$250 por consulta.	Usted paga un copago de \$100 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Hospital para pacientes externos* (continuación) Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios intensivos del programa para pacientes externos	Usted paga un copago de \$325 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
	Usted paga un copago de \$40 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Consultas médicas Proveedores de atención primaria Especialista	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
	Usted paga un copago de \$30 por consulta.	Usted paga un copago de \$30 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Atención preventiva	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Atención de emergencia Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. 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 \$125 por consulta.
	Usted paga un copago de \$130 por consulta.	Usted paga un copago de \$130 por consulta.	Usted paga un copago de \$90 por consulta.
Servicios de urgencia 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.

* Se requiere autorización previa.

* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes* Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancias magnéticas [MRI]) Radiografías para pacientes externos	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0 a \$300. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$15. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.
Servicios auditivos Examen auditivo cubierto por Medicare Examen auditivo de rutina Se limita a un examen al año.	Usted paga un copago de \$40 por examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por examen.	Usted paga un copago de \$15 por examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por examen.	Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por examen.

* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios auditivos (continuación) Audífonos Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre. Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre.	Monto máximo de cobertura del plan de \$1,100 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre. Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre.	Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre. Monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Este monto se combina con los audífonos de venta libre.
Servicios odontológicos Odontología preventiva y de diagnóstico Exámenes orales: Un examen cada seis meses. Radiografías dentales: Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Radiografías de aleta de mordida cada 12 meses.	Dentro y fuera de la red combinados Copago de \$0 por cada examen oral. Copago de \$0 por cada radiografía.	Dentro y fuera de la red combinados Copago de \$0 por cada examen oral. Copago de \$0 por cada radiografía.	Dentro y fuera de la red combinados Copago de \$0 por cada examen oral. Copago de \$0 por cada radiografía.

* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios odontológicos (continuación) Otros servicios odontológicos de diagnóstico: Radiografías periapicales según sea necesario. Profilaxis (limpieza): Una limpieza cada seis meses. Otros servicios odontológicos preventivos: Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar). Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la Evidencia de cobertura para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico. Nota: Hay una cobertura odontológica integral adicional que está disponible por una prima mensual extra. Para obtener detalles, consulte la sección “Odontología: beneficio complementario opcional” a continuación.	Copago de \$0 por cada radiografía periapical. Copago de \$0 por cada limpieza. Copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.	Copago de \$0 por cada radiografía periapical. Copago de \$0 por cada limpieza. Copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.	Copago de \$0 por cada radiografía periapical. Copago de \$0 por cada limpieza. Copago de \$0 para análisis de laboratorio y otras pruebas.

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de la vista Lentes y accesorios Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Monto máximo de cobertura de \$115 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.	Monto máximo de cobertura de \$150 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.	Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.
Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par	Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par	Monto máximo de cobertura de \$125 por año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto, ya sea dentro o fuera de la red. Las mejoras, que incluyen el tintado de lentes, los recubrimientos y los anteojos de sol, no están cubiertas por el plan. Se limita a un par

*** Se requiere autorización previa.**

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de la vista (continuación)	de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.	de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.	de anteojos cada año que no esté relacionado con la necesidad de anteojos después de una cirugía de cataratas. Los miembros pueden recibir beneficios de cualquier proveedor.
Examen de la vista de rutina	Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.	Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.	Usted paga un copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año dentro o fuera de la red.
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$40 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare.
Servicios de salud mental			
Hospitalización*	Usted paga un copago de \$318 por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 6-90.	Usted paga un copago de \$700 por estadía para los días 1-90.	Usted paga un copago de \$100 por estadía para los días 1-90.
Terapia individual o grupal para pacientes externos	Usted paga un copago de \$30 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*			
Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$221 por día para los días 21-100.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$125 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.
Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$221 por día para los días 21-100.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$125 por día para los días 21-100.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$75 por día para los días 21-100.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Fisioterapia			
Terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$35 por consulta.	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$10 por consulta.
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga un copago de \$35 por consulta.	Usted paga un copago de \$25 por consulta.	Usted paga un copago de \$10 por consulta.
Servicio de ambulancia			
Ambulancia terrestre			
Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga un copago de \$440.	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.
Ambulancia aérea*			
Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	Usted paga un copago de \$440.	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.
Transporte (adicional, de rutina)	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.

* Se requiere autorización previa.

* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Medicamentos de quimioterapia Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado. Otros medicamentos de la Parte B Puede ser necesaria una autorización previa. Puede ser necesario el tratamiento escalonado. Usted no pagará más que un copago 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%.	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.
	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.	Usted paga un coseguro del 0% al 20%.
Atención médica a domicilio*	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) 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.
Servicios de telesalud: proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas, sesiones individuales o grupales de servicios psiquiátricos, servicios de urgencia y sesiones individuales o grupales de servicios especiales de salud mental.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.
Servicio de tratamiento de opioides*	Usted paga un copago de \$45 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 por consulta.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Beneficio de comidas	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.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (programa de salud cardíaca) Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	• Copago de \$0 por servicios de médicos especialistas en cardiología. • 48 viajes en una sola dirección hasta lugares aprobados por el plan. • Cuatro consultas de 30 minutos por año para el Beneficio nutricional/dietético. Los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) están disponibles únicamente para los miembros con insuficiencia cardíaca crónica que reúnan los requisitos. El hecho de tener insuficiencia cardíaca crónica por sí solo no hace que automáticamente reúna los requisitos para estos beneficios. La elegibilidad también depende de que cumpla con la definición de persona inscrita con enfermedad crónica de los Centros de Servicios	• Copago de \$0 por servicios de médicos especialistas en cardiología. • 48 viajes en una sola dirección hasta lugares aprobados por el plan. • Cuatro consultas de 30 minutos por año para el Beneficio nutricional/dietético. Los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) están disponibles únicamente para los miembros con insuficiencia cardíaca crónica que reúnan los requisitos. El hecho de tener insuficiencia cardíaca crónica por sí solo no hace que automáticamente reúna los requisitos para estos beneficios. La elegibilidad también depende de que cumpla con la definición de persona inscrita con enfermedad crónica de los Centros de Servicios	• Copago de \$0 por servicios de médicos especialistas en cardiología. • 48 viajes en una sola dirección hasta lugares aprobados por el plan. • Cuatro consultas de 30 minutos por año para el Beneficio nutricional/dietético. Los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) están disponibles únicamente para los miembros con insuficiencia cardíaca crónica que reúnan los requisitos. El hecho de tener insuficiencia cardíaca crónica por sí solo no hace que automáticamente reúna los requisitos para estos beneficios. La elegibilidad también depende de que cumpla con la definición de persona inscrita con enfermedad crónica de los Centros de Servicios

* Se requiere autorización previa.

* Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (programa de salud cardíaca) (continuación)	de Medicare y Medicaid y con los criterios de elegibilidad para SSBCI del plan. Para conocer todos los requisitos de elegibilidad y los detalles de los beneficios, consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC), visite BSWHealthPlan.com/Health o comuníquese con el Servicio al Cliente.	de Medicare y Medicaid y con los criterios de elegibilidad para SSBCI del plan. Para conocer todos los requisitos de elegibilidad y los detalles de los beneficios, consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> (EOC), visite BSWHealthPlan.com/Health o comuníquese con el Servicio al Cliente.	de Medicare y Medicaid y con los criterios de elegibilidad para SSBCI del plan. Para conocer todos los requisitos de elegibilidad y los detalles de los beneficios, consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> (EOC), visite BSWHealthPlan.com/Health o comuníquese con el Servicio al Cliente.
Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No disponible para este plan.	No disponible para este plan.	No disponible para este plan.

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 en [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.bswhealthplan.com/Medicare) antes del 15 de octubre de 2026.

* Se requiere autorización previa.

Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare		
	BSW SeniorCare Advantage Select Rx (HMO-POS)	
Deducible	\$500 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.	
	Cobertura inicial	
	Suministro minorista estándar para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$0.
Nivel 3 (De marca preferida)	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un coseguro del 30%.	Usted paga un coseguro del 30%.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga un coseguro del 28%.	No disponible.
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$2,400, usted pagará \$0.	

Incluso si no ha pagado su deducible, no pagará más que un copago 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://www.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 2027.

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)	
Deducible	\$250 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.	
	Cobertura inicial	
	Suministro minorista estándar para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga un copago de \$5.	Usted paga un copago de \$0.
Nivel 3 (De marca preferida)	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un coseguro del 35%.	Usted paga un coseguro del 35%.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga un coseguro del 30%.	No disponible.
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$2,400, usted pagará \$0.	

Incluso si no ha pagado su deducible, no pagará más que un copago 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://www.bswhealthplan.com/Medicare).

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se combina con su cobertura para medicamentos actual para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **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 2027.

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 AM a 8:00 PM, los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 AM a 8:00 PM, 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)	
Deducible	\$250 Se aplica a los Niveles 3, 4 y 5.	
	Cobertura inicial	
	Suministro minorista estándar para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga un copago de \$5.	Usted paga un copago de \$0.
Nivel 3 (De marca preferida)	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un coseguro del 35%.	Usted paga un coseguro del 35%.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga un coseguro del 30%.	No disponible.
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$2,400, usted pagará \$0.	

Incluso si no ha pagado su deducible, no pagará más que un copago 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://www.bswhealthplan.com/Medicare).

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se combina con su cobertura para medicamentos actual para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **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 2027.

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

Odontología: beneficio complementario opcional

La cobertura odontológica integral es un beneficio complementario opcional para los planes **BSW SeniorCare Advantage HMO-POS**, disponible por un costo adicional de \$30 por mes.

Beneficios odontológicos	BSW SeniorCare Advantage HMO-POS
Prima odontológica opcional mensual	\$30 por mes
Máximo anual de beneficios	\$2,000
Deducible	Usted paga \$0
Servicios odontológicos integrales Servicios de restauración: Los empastes de resina y amalgama se cubren una vez por superficie, por diente cada 24 meses. Las dentaduras postizas se cubren una vez cada 5 años. Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos y los puentes se cubren una vez cada 10 años. Endodoncia: Los tratamientos de conducto se cubren una vez por diente de por vida. El recubrimiento pulpar se cubre según sea necesario. Se cubre un tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación una vez por diente de por vida. Periodoncia: Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses. Mantenimiento periodontal por hasta dos veces cada año calendario en combinación con limpiezas profilácticas. Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses.	Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 75%. Usted paga un coseguro del 75% por cada servicio de endodoncia. Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.

Beneficios odontológicos	BSW SeniorCare Advantage HMO-POS
Prostodoncia, removable Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario. Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses. Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 75%. Usted paga un coseguro del 75%.
Prostodoncia, fija Dentaduras postizas mediante prostodoncista una vez cada 5 años calendario. Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses. Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses. Puentes mediante prostodoncista una vez cada 10 años calendario.	Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 50%. Usted paga un coseguro del 75%. Usted paga un coseguro del 75%. Usted paga un coseguro del 75%.
Cirugía oral y maxilofacial Cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas. Una biopsia por cepillado cada 24 meses. Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.	Usted paga un coseguro del 50% por cada cirugía oral y maxilofacial.
Servicios generales complementarios Una consulta cada 12 meses. Moldes de diagnóstico según sea necesario. Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario.	Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio general complementario.

Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de cobertura* para conocer todos los detalles sobre el beneficio odontológico.

Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.

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:

- cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y
- cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.

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

Comprenda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (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 2028.
- ☐ 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 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

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2027 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Baylor Scott & White Health Plan - H8142

En el 2027, 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.

¿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

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.

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

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.

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: _____

Quiero participar en el Plan de pagos para recetas médicas de Medicare para el:

☐ Año del plan actual ☐ El plan para el próximo año

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.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, Baylor Scott & White Health Plan renovará automáticamente mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con Baylor Scott & White Health Plan para darme de baja

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:

Judi 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

[Enrollment.Cap-Rx.com/BSW_Medicare](https://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 Judi Rx en www.judi.health/legal/privacy-policy#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.



Nunca pierda el acceso a su médico de Baylor Scott & White.

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 es el único plan de salud que garantiza la cobertura dentro de la red de proveedores y centros de Baylor Scott & White Health. Con más de 40 años de cobertura centrada en los miembros, seguimos comprometidos a brindarles el mejor apoyo, la mejor experiencia de atención y los mejores resultados posibles durante todo su recorrido de salud.

¡Obtenga más información hoy mismo!

MyBSWMedicare.com

BSW SeniorCare Advantage HMO-POS es ofrecido por Baylor Scott & White Health Plan, una organización de Medicare Advantage que cuenta con contrato de Medicare. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato con Medicare.

Deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

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

No está vinculado con el gobierno de los Estados Unidos ni el programa federal de Medicare, ni cuenta con el respaldo de estos.