



MEMORIAL<sup>®</sup>  
HERMANN  
Health Plan  
MEDICARE ADVANTAGE PLANS

**RESUMEN DE BENEFICIOS  
DUAL ADVANTAGE (HMO D-SNP) DE 2023**

# Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

H7115, Plan 005

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Este documento de resumen de beneficios es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP** del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

**Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP** lo presta Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se dan no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame y pida la "Evidence of Coverage" (Evidencia de cobertura).

Para unirse a **Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Fort Bend, Harris y Montgomery.

Excepto en casos de emergencia, si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual actual "**Medicare & You**" (**Medicare y Usted**). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille, en letra de molde grande, audio o en otro idioma diferente al inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para obtener más información o visítenos en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. El horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

Este plan es un **Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)** para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted puede inscribirse en el Memorial Hermann *Advantage* D-SNP HMO si entra en una de las tres (3) categorías:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)**

Obtiene cobertura de Medicaid del gasto compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, el coseguro y la cantidad del copago de la Parte A y de la Parte B. Usted cubre los copagos de medicamentos recetados de la Parte D.

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)**

Obtiene cobertura de Medicaid del gasto compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga las cantidades de las primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y de la Parte B. Usted cubre los copagos de medicamentos recetados de la Parte D.

- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+)**

Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga su prima de la Parte B y da los beneficios completos de Medicaid. También puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la agencia estatal de Medicaid para pagar las cantidades de los costos compartidos de Medicare. En general, su costo compartido es del 0 % cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Puede haber casos en los que usted tenga que pagar gastos compartidos cuando un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid.

Medicare paga primero los servicios médicos de los beneficiarios con doble elegibilidad, porque Medicaid es generalmente el pagador de último recurso. Medicaid puede cubrir los costos médicos que Medicare puede no cubrir o cubrir parcialmente. La cobertura para los beneficiarios de doble elegibilidad varía según el estado.

Abajo hay una lista de los tipos de servicios cubiertos por nuestro plan y por Medicaid: Como miembro de **Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP**, el gasto compartido lo paga su beneficio de Medicaid para los siguientes servicios cubiertos por Medicaid.

	<b>Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP</b>	<b>Medicaid</b>
Atención preventiva	Cubierto	Cubierto
Visitas en el consultorio médico	Cubierto	Cubierto
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Servicios de hospital para paciente ambulatorio	Cubierto	Cubierto
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	Cubierto	Cubierto
Servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Beneficios de los medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Servicios Dentales	Cubierto	Cubierto
Servicios de la vista	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cubierto
Atención quiropráctica	Cubierto	Cubierto
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto
Servicios de emergencia	Cubierto	Cubierto
Servicios que se necesitan con urgencia	Cubierto	Cubierto
Ambulancia	Cubierto	Cubierto
Transporte	Cubierto	Cubierto
Diálisis renal	Cubierto	Cubierto
Atención médica en casa	Cubierto	Cubierto
Aparatos protésicos	Cubierto	Cubierto
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Cubierto	No cubierto*
Atención de Hospicio	Cubierto	No cubierto*

\*Si un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid, los miembros del programa SLMB+ tendrán un gasto compartido del 20 %.

# Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Prima del plan mensual	Su prima mensual será <b>\$0</b> costo siempre y cuando sea elegible para los beneficios de Medicaid. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	<b>\$0 deducible</b> para gastos médicos
Deducible de la Parte D	<b>\$0</b> costo anual para medicamentos recetados de la Parte D Como miembro de Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP, su deducible se paga mediante su beneficio de "Extra Help".
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	No paga más de <b>\$8,300</b> al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año. Nuestros miembros de Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP rara vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.
<b>Hospital para paciente hospitalizado</b>	
Estancia para paciente hospitalizado	Usted paga <b>\$0</b> por cada estancia de paciente hospitalizado
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Servicios de hospital para paciente ambulatorio</b>	
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Usted paga <b>\$0</b>
Operación para paciente ambulatorio	Usted paga <b>\$0</b>
Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Visitas al médico</b>	
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)	Usted paga <b>\$0</b>
Especialistas (no se necesita remisión).	Usted paga <b>\$0</b>
Visita al proveedor de telesalud con PCP o especialistas	Usted paga <b>\$0</b>
Visita en el consultorio virtual de <b>Memorial Hermann</b> <a href="https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit">https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit</a>	Usted paga <b>\$0</b>
Visitas virtuales exclusivamente mediante <b>Teladoc</b>	Usted paga <b>\$0</b>

Resumen de beneficios	Lo que pagará
<b>Atención preventiva</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluación de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>○ Consulta anual de bienestar</li> <li>○ Medición de la masa ósea</li> <li>○ Evaluación de cáncer de mama</li> <li>○ Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años</li> <li>○ Evaluación de detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>○ Evaluación de detección de cáncer colorrectal</li> <li>○ Evaluación de depresión</li> <li>○ Evaluación de diabetes</li> <li>○ Evaluación de hepatitis C</li> <li>○ Evaluación de VIH</li> <li>○ Evaluación de cáncer de pulmón</li> <li>○ Terapia de nutrición médica</li> <li>○ Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>○ Evaluación y terapia por obesidad</li> <li>○ Evaluación del cáncer de próstata</li> <li>○ Evaluación y orientación para reducir el uso indebido de alcohol</li> <li>○ Evaluación de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI)</li> <li>○ Orientación para dejar de fumar</li> <li>○ Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía</li> <li>○ Visita preventiva “Welcome to Medicare” (Bienvenido a Medicare)</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b></p> <p>Consulte la constancia de cobertura para obtener más información sobre estos servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<b>Servicios de emergencia y servicios que se necesitan con urgencia</b>	
Atención de emergencia	<p>Usted paga <b>\$0</b></p> <p>Este copago no se aplica si se admite en un plazo de 48 horas.</p>
Atención de emergencia en todo el mundo	<p>Usted paga <b>\$0</b></p> <p>Este copago no se aplica si se admite en un plazo de 48 horas.</p>
Transporte de emergencia en todo el mundo	Usted paga <b>\$0</b>
Servicios que se necesitan con urgencia	<p>Usted paga <b>\$0</b></p> <p>La cobertura es mundial.</p>
<b>Beneficio máximo de \$50,000 para emergencias en todo el mundo.</b>	

Resumen de beneficios	Lo que pagará
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre (solo ida o vuelta)	Usted paga <b>\$0</b>
Ambulancia aérea (solo ida o vuelta)	Usted paga <b>\$0</b>
<p><b>Se necesita una autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.</b></p>	
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes</b>	
Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare	Usted paga <b>\$0</b> por prueba de diagnóstico o procedimiento
Servicios de laboratorio	Usted paga <b>\$0</b> por servicios de laboratorio
Radiografías	Usted paga <b>\$0</b> por radiografías
Servicios complejos de diagnóstico por imágenes (MRI, CT, PET)	Usted paga <b>\$0</b> por prueba/servicio
<p><b>Se necesita una autorización previa para algunos servicios.</b></p>	
<b>Servicios de salud mental</b>	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga <b>\$0</b> por estancia
Visita de terapia individual o de grupo con un proveedor no médico para pacientes ambulatorios	Usted paga <b>\$0</b>
Visita de terapia individual o de grupo con un psiquiatra para pacientes ambulatorios	Usted paga <b>\$0</b>
<p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b></p>	
<b>Servicios de rehabilitación</b>	
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga <b>\$0</b>
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga <b>\$0</b>
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga <b>\$0</b>

Resumen de beneficios	Lo que pagará
<b>Atención quiropráctica</b>	
Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Acupuntura</b>	
Para el tratamiento del dolor lumbar crónico	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	
Días 1 al 20	Usted paga <b>\$0</b>
Días 21 al 100	Los miembros del programa QMB pagan <b>\$0</b> Los miembros del programa SLMB+ pagarán el <b>20 %</b> .
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Atención médica en casa</b>	
Visita de salud en casa cubierta por Medicare	Usted paga <b>\$0</b>
Cuidados paliativos en casa	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Terapia de infusión en casa</b>	
Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, terapia antiinfecciosa y con medicamentos especializados para tratar diversas condiciones	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Se necesita una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare de más de \$1,000.</b>	
<b>Hospicio</b>	
Los servicios cubiertos incluyen medicamentos para el control de los síntomas y para tratar el dolor, cuidado de relevo a corto plazo y atención en casa.	Los miembros del programa QMB pagan <b>\$0</b> Los miembros del programa SLMB+ pagarán el <b>20 %</b> .
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	

Resumen de beneficios	Lo que pagará
<b>Servicios y suministros para diabéticos</b>	
Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare	Usted paga <b>\$0</b>
Entrenamiento para el control de su propia diabetes	Usted paga <b>\$0</b>
Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (One Touch by Life Scan y Accu-Chek de Roche)	Usted paga <b>\$0</b>
Zapatos o plantillas terapéuticas moldeadas a medida cubiertas por Medicare	Usted paga <b>\$0</b>
Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6 y Freestyle Libre. Solo podemos cubrir otras marcas y fabricantes si el médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para las necesidades médicas.	Usted paga <b>\$0</b> por las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (venta al por menor). <b>Todas las demás marcas están excluidas.</b>
<b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)</b>	
Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión de vía intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Usted paga <b>\$0</b>
Pelucas para pacientes de quimioterapia	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Transporte</b>	
Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico.	Hasta <b>58</b> transportes de ida o vuelta aprobados por año por el plan a lugares relacionados con la salud
<b>Comidas</b>	
Comidas dadas inmediatamente después del alta del paciente hospitalizado.	Hasta <b>10</b> comidas entregadas por alta hospitalaria
<b>Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC)</b>	
El Plan reembolsa ciertos artículos OTC cada 3 meses.	Reembolso máximo de <b>\$75</b> por trimestre

Resumen de beneficios	Lo que pagará
<b>Servicios de audición</b>	
Examen auditivo anual cubierto por Medicare	Usted paga <b>\$0</b>
Examen auditivo de rutina hecho por PCP	Usted paga <b>\$0</b> por el examen básico de audición y equilibrio
Examen de audición hecho por un audiólogo	Usted paga <b>\$0</b> por el examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio
Aparatos auditivos	<b>\$400</b> de asignación total anual para aparatos auditivos, ambos oídos combinados
<b>Servicios Dentales</b>	
<b>Beneficio máximo anual del plan de \$2,500</b>	
<b>Servicios Preventivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen oral (cada 6 meses)</li> <li>○ Profilaxis (Limpiezas) (cada 6 meses)</li> <li>○ Radiografías (cada 6 meses)</li> <li>○ Tratamientos con flúor (cada 6 meses)</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por servicios preventivos de un proveedor de la red</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por servicios preventivos de un proveedor que no es de la red</p>
<b>Servicios integrales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnóstico</li> <li>○ Extracciones</li> <li>○ Restauración (empastes, puentes)</li> <li>○ Endodoncia (tratamiento radicular)</li> <li>○ Periodoncia (raspado, alisado radicular)</li> <li>○ Servicios que no son de rutina</li> <li>○ Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)</li> <li>○ Otra operación oral/maxilofacial</li> <li>○ Otros servicios</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por visita para cada servicio integral cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por servicios de diagnóstico dentro de la red.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por servicios de diagnóstico fuera de la red</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por extracciones, restauración, endodoncia, periodoncia y servicios que no son de rutina dentro de la red</p>
<p>Los beneficios dentales los da Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite el sitio web en: <a href="https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist">https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist</a></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por extracciones, restauración, endodoncia, periodoncia y servicios que no son de rutina fuera de la red</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por servicios de prótesis, otra operaciones orales/maxilofaciales y otros servicios tanto dentro como fuera de la red</p>

Resumen de beneficios	Lo que pagará
<b>Servicios de la vista</b>	
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Usted paga <b>\$0</b>
Exámenes de rutina de la vista	Usted paga <b>\$0</b>
Evaluaciones de glaucoma	Usted paga <b>\$0</b> por una evaluación anual
Evaluaciones de retinopatía diabética para diabéticos	Usted paga <b>\$0</b> por una evaluación anual
Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas)	<b>\$200</b> de beneficio total anual para anteojos y lentes o lentes de contacto
<b>Programa de tratamiento de opioides</b>	
Visita de tratamiento de opioides cubierta por Medicare	Usted paga <b>\$0</b>
Estancia para paciente hospitalizado	Usted paga <b>\$0</b> por estancia
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	
Visita de terapia individual o de grupo para paciente ambulatorio	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Más beneficios para la salud y el bienestar</b>	
<p>Membresía del gimnasio</p> <p>Nuevas y divertidas formas de ponerse en forma y mantenerse saludable, el programa Silver &amp; Fit consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ser miembro de un club de condición física o centro de ejercicios Silver &amp; Fit que participa en el programa básico Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO no tiene ningún costo. Puede optar por comprar más servicios de compra. Póngase en contacto con su centro de ejercicios.</li> <li>○ El programa de condición física en casa Silver &amp; Fit, si no puede llegar a un centro de condición física o prefiere hacer ejercicio en casa.</li> <li>○ Clases para envejecer saludablemente (en línea o en DVD)</li> <li>○ El boletín de Silver Slate® 4 veces al año</li> <li>○ El sitio web de Silver &amp; Fit</li> <li>○ Una línea directa de teléfono gratuita para llamadas sin costo para responder preguntas sobre el programa</li> </ul> <p>Debe usarse el área de servicio del club de condición física que se contrató. Las clases específicas que se ofrecen variarán según el centro.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por el Programa de condición física por medio del programa del paquete de ejercicios en casa</p>

**Resumen de beneficios**

**Lo que pagará**

**Programa de premios Healthy Advantage Wellness**

Completa las siguientes actividades para ganar premios:

- Evaluación anual de riesgos para la salud
- Consulta anual de bienestar
- Evaluación de cáncer de mama
- Examen de la retina

Gane hasta **\$180** en premios de tarjetas de regalo para bienes y servicios aprobados por CMS.

**Administración de casos**

Un administrador de casos es un enfermero registrado (RN) que da atención personalizada al miembro, enfocado en mantener el bienestar y la independencia. Algunos ejemplos incluyen:

- ayudar a comprender un nuevo diagnóstico y cómo manejarlo;
- encontrar un nuevo proveedor dentro de la red; y
- ayudar a un miembro a encontrar recursos de la comunidad si tiene dificultades para pagar las facturas o si tiene problemas para moverse de manera segura en la casa

**Medicamentos de la Parte B de Medicare**

Quimioterapia/Medicamentos de radiación

Usted paga **\$0**

Otros medicamentos de la Parte B

Usted paga **\$0**

**Se necesita autorización previa para medicamentos de más de \$1,000.**

**Servicios telefónicos/virtuales**

Visitas virtuales mediante Médicos de Atención Primaria (PCP)

Usted paga **\$0**

Visitas virtuales con especialistas

Usted paga **\$0**

Servicios que se necesitan con urgencia

Usted paga **\$0**

Sesiones individuales y de grupo para:

- Servicios especializados de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Usted paga **\$0**

Usted paga **\$0**

Usted paga **\$0**

Visita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann**

<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

Usted paga **\$0**

Visita telefónica 24/7 disponible por medio de **Teladoc**

Puede inscribirse o iniciar sesión en Teladoc en <https://www.teladoc.com/>.

Usted paga **\$0**

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)**

**Fase de deducible**

Sin deducible para medicamentos de la Parte D  
Como miembro de **Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP**, el deducible se paga mediante su beneficio de “Extra Help”.

**Fase de cobertura inicial**

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.

Permanece en esta Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus **costos totales de medicamentos** (total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D) para el año lleguen a **\$4,660**.

Si recibe “Extra Help” para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, es elegible para compartir los gastos compartidos.

- Los gastos compartidos para los medicamentos recetados genéricos elegibles será **de \$0, \$1.45 o \$4.15** dependiendo del nivel de “Extra Help”.
- El gasto compartido para medicamentos de marca elegibles será **de \$0, \$4.30 o \$10.35** dependiendo del nivel de “Extra Help”.

Si no recibe “Extra Help” o si su medicamento no está cubierto por Medicaid de Texas, pagará el **25 %** del costo total de los medicamentos cubiertos de Nivel 1 a Nivel 5 Parte D.

<b>Cobertura inicial</b>	<b>Venta al por menor: gastos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)</b>	<b>Venta al por menor: gastos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)</b>	<b>Gastos compartidos de pedidos por correo (Suministro para 90 días) por medio de Costco</b>
Nivel 1: Genérico preferido	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>
Nivel 2: Genérico	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>
Nivel 4: Medicamento no preferido	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>
Nivel 5: Especialidad	Usted paga <b>\$0</b>	No disponible	No disponible
Nivel 6: Atención selecta	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0</b>

El gasto compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y cuándo entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D. El gasto compartido también puede cambiar si tiene un cambio en el gasto compartido de “Extra Help”.

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) tienen un copago bajo o nulo para este nivel y se limitan a medicamentos genéricos seleccionados, frecuentemente recetados para tratar condiciones de salud continuas como presión alta, colesterol y diabetes.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

**Cobertura catastrófica:**

Califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamento llegaron al límite de **\$7,400** para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de los medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
  - – *ya sea* – un coseguro del 5 % del costo del medicamento
  - – *O* – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

**Nuestro plan paga el resto** del costo.

**Farmacia de pedido por correo**

Reciba un suministro hasta de 90 días del medicamento por medio de Costco. No es necesario ser miembro de Costco para usar el servicio de farmacia de pedidos por correo.

MEMORIAL<sup>®</sup>  
HERMANN  
Health Plan

MEDICARE ADVANTAGE PLANS