

Memorial Hermann Advantage HMO ofrecido por Memorial Hermann Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Memorial Hermann Advantage HMO. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

¿Qué debe hacer ahora?

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican para usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectarán.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que el próximo año cubra sus necesidades.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios a los costos y beneficios en nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto sobre nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para saber si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con distribución de costos distinta?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los costos de medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también le muestran otra información de costos de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- Consulte si sus médicos y demás proveedores permanecerán en la red el próximo año.
- ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales o los proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca del Directorio de Proveedores.
- Evalúe sus gastos generales de salud.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usted utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si nuestro plan le satisface.
- 2. COMPARE:** Aprenda acerca de otras opciones de plan
- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área.
- Utilice la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista en el reverso de su guía Medicare & You.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del mismo.
- 3. SELECCIONE: Decida si quiere cambiar de plan**
- Si quiere mantener el Memorial Hermann Advantage HMO, no tiene que hacer nada. Usted permanecerá en el Memorial Hermann Advantage HMO.
 - Para cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- 4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, puede inscribirse entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018**
- Si al **7 de diciembre de 2018 no se ha inscrito en otro plan**, permanecerá en el Memorial Hermann Advantage HMO.

- Si se **inscribió en otro plan al 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará a partir del 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para más información, póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.) Los horarios de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo son de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana; salvo Acción de Gracias y Navidad, y está abierto el Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr. y Día del Presidente. Los horarios de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre son de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes, cerrado durante los feriados y fiestas federales.
- Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés, en braille y en letra grande u otros formatos, etc.).
- **La cobertura en este Plan se considera una cobertura de salud calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre Memorial Hermann Advantage HMO

- El Memorial Hermann Advantage HMO es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.
- En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere al Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan” significa Memorial Hermann Advantage HMO.

Resumen de los costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 con los costos de 2019 para el Memorial Hermann Advantage HMO en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar los adjuntos *Evidencia de Cobertura* para ver si lo afectan otros cambios en los beneficios o en los costos.**

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0.00	\$0.00
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará en gastos de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para más información).</p>	\$6,700.00	\$3,900.00
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <p>\$ 5.00 por visita</p> <p>Consultas con un especialista:</p> <p>\$50.00 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <p>\$0.00 por visita</p> <p>Consultas con un especialista:</p> <p>\$50.00 por visita</p>
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye enfermos agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otro tipo de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria del paciente internado comienza el día en que es admitido formalmente al hospital por indicación médica. El</p>	<p>Usted paga un copago por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 5: paga un copago de \$ 250.00 por día. • Días 6 - 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día. 	<p>Usted paga un copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. •Días 6 y subsiguientes: Usted paga un copago de \$0.00 por día.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
día del alta se considera su último día como paciente internado.		
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$300.00</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$2.00 • Nivel 2 de medicamentos: \$15.00 • Nivel 3 de medicamentos: \$45.00 • Nivel 4 de medicamentos: \$99.00 • Nivel 5 de medicamentos: 27% 	<p>Deducible: \$300.00</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$2.00 • Nivel 2 de medicamentos: \$15.00 • Nivel 3 de medicamentos: \$45.00 • Nivel 4 de medicamentos: \$99.00 • Nivel 5 de medicamentos: 27%

Aviso anual de cambios para 2019
Índice

Resumen de los costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los Costos y Beneficios para el Próximo Año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de desembolso directo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann Advantage HMO	12
Sección 3.2 – Si decide cambiar de planes	12
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	15
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Memorial Hermann Advantage HMO	15
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	16

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0.00	\$0.00

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura para medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en “gastos de bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo de desembolso directo Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Los costos por medicamentos con receta médica no cuentan para el monto mínimo de desembolso directo.	\$6,700.00	\$3,900.00 Una vez que haya pagado \$3,900.00 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos para el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. Puede consultar el directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores por correo postal. **Por favor consulte el Directorio de Proveedores del año 2019 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay diversas razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas especializados.
- Haremos el esfuerzo de avisarle con un mínimo de 30 días que un proveedor abandonará su plan, de modo que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Puede consultar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de

Farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos. A continuación se describen estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*, en su *Evidencia de Cobertura 2019*.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención de emergencia/Servicios de atención posterior a la estabilización	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$80.00 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. • Si es admitido en el hospital dentro de las 48 horas de su visita a la sala de emergencia, el copago por atención de emergencia no se aplica, tanto dentro como fuera de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$90.00 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. • Si es hospitalizado dentro de 48 horas después de su visita a la sala de emergencias, se exime el copago por la atención de emergencia, tanto dentro como fuera de la red.
Servicios y suministros para la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga el 0 % del costo si utiliza una marca preferida de suministros para la diabetes (incluyendo medidores y tiras reactivas) cuando se dispensan en farmacias de la red. • Usted paga el 20 % del costo total para marcas no preferidas de suministros para diabéticos (medidores y tiras reactivas). •Usted paga el 20 % del costo total de suministros para diabéticos a los que se accede en redes no farmacéuticas (es decir, proveedores de equipos médicos [durable medical equipment, DME]). 	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga el 0 % del costo total por marcas preferidas/exclusivas de suministros para la diabetes (medidores y tiras reactivas Arkray, Ascensia y Livongo) si se dispensan en farmacias de la red. •Usted paga el 20 % del costo total por todos los demás suministros para la diabetes cubiertos por Medicare

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes internados	<p>Usted paga un copago por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 5: paga un copago de \$ 250.00 por día. • Días 6 - 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día. 	<p>Usted paga un copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. •Días 6 y subsiguientes: Usted paga un copago de \$0.00 por día.
Servicios de salud mental para pacientes internados	<p>Usted paga un copago por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 - 5: Usted paga un copago de \$250.00 por día. • Días 6 - 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día. 	<p>Usted paga un copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. • Días 6 y subsiguientes: Usted paga un copago de \$0.00 por día.
Procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$5.00 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$0.00 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$40.00 por visitas de terapia individual cubiertas por Medicare. • Usted paga un copago de \$ 40.00 por visitas de terapia grupal cubiertas por Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$50.00 por visitas de terapia individual cubiertas por Medicare. • Usted paga un copago de \$50.00 por visitas de terapia en grupo cubiertas por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$40.00 por día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$50.00 por día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de médico de atención primaria, consultas en el consultorio médico	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$5.00 por cada visita al consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$0.00 por cada visita al consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cuidados de enfermería especializada (SNF)	Usted paga un copago por cada hospitalización en SNF que esté cubierta por Medicare: •Día 1 - 20: Usted paga un copago de \$0.00 por día. •Día 21 a 100: un copago de \$0.00 por día.	Usted paga un copago por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare: •Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0.00 por día. •Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$150.00 por día.
Servicios telefónicos/virtuales	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$0.00 por consultas telefónicas/virtuales de Teladoc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$0.00 por consultas virtuales disponibles a través de algunos médicos de atención primaria. • Usted paga un copago de \$0.00 por consultas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de Teladoc.
Cobertura mundial de emergencias	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$80.00 por servicios de emergencia en todo el mundo. •Usted paga un copago de \$80.00 por los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo. 	<ul style="list-style-type: none"> •Usted paga un copago de \$90.00 por servicios de emergencia en todo el mundo. •Usted paga un copago de \$250.00 por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se le enviará una copia de nuestra Lista de Medicamentos de manera electrónica.

Hemos hecho cambios a esta lista, que incluyen cambios de los medicamentos que cubrimos y cambios de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrán restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Póngase de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) y solicite que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos))* o llame al Servicio de Atención al Cliente.
- **Póngase de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) para encontrar un medicamento diferente** y que esté dentro de nuestra cobertura. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos pide que cubramos insumos temporales que están fuera del formulario en los primeros 90 días de cobertura del plan anual o de cobertura en sí. Para 2019, los miembros en centros de asistencia prolongada (LTC) ahora recibirán un suministro temporal, el cual es el mismo monto del suministro de días temporales provisto en todos los otros casos: Suministro de 31 días de medicamentos en lugar del monto provisto en 2018 (suministro de 91 a 98 días de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cobertura.) Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma.

Si Memorial Hermann aprueba la solicitud de excepción de un miembro, normalmente la aprobación será válida por un año desde la fecha en la que se recibió la solicitud.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Comenzando en 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, la reemplazamos por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel o un nivel inferior de distribución de costos con las mismas o menos restricciones. Adicionalmente, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a otro nivel de distribución de costos o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si usted consume el medicamento de marca reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o cambia el nivel o restricción del medicamento de marca), usted ya no recibirá siempre el aviso del cambio 60 días antes de que lo realicemos u obtendrá un abastecimiento de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted consume el medicamento de marca, usted aún obtendrá información sobre el cambio específico que realizamos, pero podrá llegar luego de realizado el cambio.

Adicionalmente, comenzando en 2019, antes de que realicemos otros cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos que requieran que le brindemos aviso previo si usted consume el medicamento, le brindaremos aviso 30 días, en lugar de 60 días, antes de que realicemos el

cambio. O le brindaremos un abastecimiento de 30 días, en lugar de 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realicemos estos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted aún puede trabajar con su médico (u otro emisor de la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea como esté programado y le brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que realizamos a la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Recetados

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un cuadernillo adicional denominado Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados (también conocido como Modificación del subsidio por bajos ingresos o LIS Rider), que le explica los costos de los medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento al 1.º de octubre de 2018, llame a Servicio de Atención al Cliente y solicite el “LIS Rider”. Los números de teléfono para el Servicio de Atención al Cliente figuran en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas de pago de un medicamento”. Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa Inicial de Cobertura. (La mayoría de los afiliados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe). Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en el adjunto *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 hasta el Nivel 5 hasta que haya completado el deducible anual.	El deducible es \$300.00. Durante esta etapa, usted paga una distribución de costos de \$2, \$15 y \$45 para medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es \$300.00. Durante esta etapa, usted paga una distribución de costos de \$2, \$15 y \$45 para medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en la distribución de costos en la Etapa Inicial de Cobertura

Para informarse sobre cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, , *Tipos de desembolso directo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura</p> <p>Una vez que paga su deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1:Usted paga \$2.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$15.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 3:Usted paga \$45.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 4:Usted paga \$99.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: Usted paga 27% del costo total.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1:Usted paga \$2.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 2:Usted paga \$15.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 3:Usted paga \$45.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 4:Usted paga \$99.00 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: Usted paga 27% del costo total.</p>
<p>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (30 días) cuando abastezca su receta en una farmacia de la red que ofrezca la distribución de costos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas pedidas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,750.00, pasará a la próxima etapa (la etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que su costo total de medicamentos haya alcanzado los \$3,820.00, pasará a la próxima etapa (Etapa Sin Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa sin cobertura y en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe - están destinadas a personas con costos elevados de los medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cambios de autorización previa para beneficiarios	Para las pruebas genéticas NO se requiere autorización previa.	Para las pruebas genéticas se requiere autorización previa.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann Advantage HMO

Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare para el 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito en nuestro plan para el año 2019.

Sección 3.2 – Si decide cambiar de planes

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O-- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para saber más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, contacte a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 5), o contáctese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en el Memorial Hermann Advantage HMO quedará automáticamente anulada.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en el Memorial Hermann Advantage HMO quedará automáticamente anulada.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica, usted puede:
 - Envíenos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
 - - o - póngase en contacto con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio se hará efectivo a partir del día 1.º de enero de 2019.

¿Existen otros periodos en el año en que pueda realizar el cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros periodos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando su cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios, pueden tener permitido realizar cambios en otros periodos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019 y no le gusta la elección de su plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita acerca de Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP es llamado Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros o con un plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno Federal para brindar asesoramiento **gratuito** de seguro de salud local a personas con Medicare. Los consejeros del Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con sus dudas y problemas sobre Medicare. Lo pueden ayudar a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes. Puede contactarse con el Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) al número (800) 252-9240. Puede informarse más acerca del Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) visitando su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, encontrará la lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus costos de medicamentos con receta médica. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califican no tendrán un período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para verificar si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre 7:00 a. m. y 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con el Programa de salud renal de Texas (KHC) y el Programa de asistencia farmacéutica estatal de VIH de Texas, que ayudan a las personas a pagar medicamentos con receta médica conforme a sus necesidades financieras, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia para la distribución de costos de los medicamentos con receta médica para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA que reúnen los requisitos para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el SIDA para que pueden salvar sus vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de Estado, la condición de enfermo de SIDA, bajos ingresos según lo defina el Estado, y que presente estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta médica de Medicare de la Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia en la distribución de costos en recetas a través del Programa de Medicación Texas HIV (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al número (800) 255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 –Cómo recibir ayuda de Memorial Hermann Advantage HMO

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Póngase en contacto con el Servicio al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; estamos cerrados los fines de semanas y feriados. Los horarios de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo son de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana; salvo Día de Acción y Navidad, y está abierto el Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr. y Día del Presidente. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura 2019 (contiene detalles sobre beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el año 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* del año 2019 de Memorial Hermann Advantage HMO. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. En este sobre, se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos/Formulario).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información de Medicare en forma directa:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare en (<http://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos).

Lea *Medicare y Usted 2019*

Puede leer la guía *Medicare y Usted 2019*. Todos los años en otoño, se envía este folleto a las personas con Medicare. Este contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

