

Resumen de Beneficios HMO de 2019

Memorial Hermann *Advantage* HMO

H7115, Plan 001

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019

Los documentos de este Resumen de Beneficios incluyen una descripción de los servicios de medicamentos y de la salud cubiertos por **Memorial Hermann *Advantage* HMO** del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

El plan **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.

La información sobre los beneficios brindada no enumera cada servicio que cubrimos ni enumera cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

Para inscribirse en **Memorial Hermann *Advantage* (HMO)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicios. Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de Texas: Fort Bend, Harris y Montgomery.

Salvo en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no están en la red, es posible que el plan no pague esos servicios.

Para cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual actual de "**Medicare y usted**". Consúltelo en línea en www.medicare.gov o reciba 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, letra grande, audio, o en otro idioma que no fuera el 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/>. 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, el Día de Martin Luther King Jr. y el 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 fines de semana y feriados establecidos por el estado.

Primas y Beneficios**Memorial Hermann *Advantage* HMO**

Prima del plan mensual	Usted paga \$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	No hay deducible para servicios médicos.
Deducible de la Parte D	\$300 por año para medicamentos recetados de la Parte D Nivel 4 y Nivel 5.
Responsabilidad Máxima de Gastos de Bolsillo (<i>no incluye los medicamentos recetados</i>)	Usted no paga más de \$3,900 por año Incluye copagos y otros costos para servicios médicos para el año.
Hospital para pacientes internados	Usted paga \$300 por día del día 1 al 5 Usted no paga nada por día a partir del día 6 en adelante Se pueden aplicar las normas de Autorización Previa.
Hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga \$125 por cada servicio quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare. Usted paga \$300 por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Se pueden aplicar las normas de Autorización Previa.
Visitas al Médico <ul style="list-style-type: none">○ Primaria○ Especialistas	Usted no paga nada por cada visita de atención primaria. Usted paga \$50 por cada visita al especialista. No se necesita remisión para el especialista.
Atención preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	No paga nada Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención de emergencia	Usted paga \$90 por visita Si usted es admitido en el hospital dentro de las 48 horas, entonces no tiene que pagar \$90.
Atención Urgentemente Necesaria	Usted paga \$35 por visita

Primas y Beneficios	Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO
Servicios de Diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por Imágenes <ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico ○ Servicios de laboratorio ○ Escáner CAT, MRI ○ Rayos X 	Usted paga \$75 por examen o procedimiento de diagnóstico Usted no paga nada por los servicios de laboratorio Usted paga \$200 por examen/servicio Usted paga \$10 por rayos X Se requiere la aprobación previa para algunos servicios.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de audición cubierto por Medicare ○ Examen de audición de rutina ○ Audífonos 	Usted paga \$50 cuando es realizado por un médico o audiólogo. Usted paga \$10 por el examen de audición realizados por computadora (otograma). Asignación total anual de \$400 para dispositivos auditivos, para ambos oídos.
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen oral y limpieza (Preventivos) ○ Servicios dentales cubiertos por Medicare (Integral) 	No cubierto Usted paga \$75 por visita por cada servicio dental cubierto por Medicare
Servicios Oftalmológicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes oculares cubiertos por Medicare ○ Anteojos (lentes de contacto, anteojos) 	Usted paga \$50 Asignación total anual de \$200 por necesidad quirúrgica y no quirúrgica para anteojos o lentes de contacto.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> ○ Visita de terapia grupal/individual para pacientes ambulatorios ○ Atención de la salud mental para pacientes internados 	Usted paga \$40 por visita grupal o individual Usted paga \$300 por día del día 1 al 5 Usted no paga nada por día a partir del día 6 en adelante
Centro de enfermería especializada	Usted no paga nada del día 1 al 20 Usted paga \$150 por día del día 21 al 100
Terapia física	Usted paga \$25 por visita
Ambulancia	Usted paga \$250 por viaje de ida
Transporte	No cubierto

Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo de los medicamentos para quimioterapia. 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B.
--	---

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)

Etapas deducible	En esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Nivel 4 y 5. Usted permanecerá en esta etapa hasta que pague \$300 por sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5.
-------------------------	---

Etapas de cobertura inicial –

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3 y **usted paga su parte del costo.**

Una vez que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible de Nivel 4 y 5, el plan paga la parte de los costos que le corresponde por los medicamentos de Nivel 4 y 5 y usted paga su parte.

Usted permanece en esta Etapa de cobertura inicial hasta que sus **costos de medicamentos totales** (total de todos los pagos hechos para sus medicamentos cubiertos de la parte D) del año alcancen **\$3820**.

	Distribución de costos minoristas (Dentro de la red) (suministro de 30 días)	Distribución de costos minoristas (Dentro de la red) (suministro de 90 días)	Distribución de costos de venta por correo (suministro de 90 días)
Cobertura inicial			
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga \$2	Usted paga \$4	Usted paga \$0
Nivel 2: Genéricos	Usted paga \$15	Usted paga \$30	Usted paga \$30
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$45	Usted paga \$90	Usted paga \$90
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$99	Usted paga \$198	Usted paga \$198
Nivel 5: Especializados	Usted paga 27%	No se ofrece	No se ofrece

La distribución de costos puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y cuando ingrese a una nueva etapa del beneficio de la Parte D.

Periodo sin cobertura -

Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa por prescripción) y el 37% del precio por medicamentos genéricos.

Usted permanece en esta etapa hasta que sus “**costos de gastos de bolsillo**” del año hasta la fecha (total de todos los pagos hechos para sus medicamentos cubiertos de la parte D) alcancen **\$5100**. Medicare ha establecido este monto y las normas para llegar a dicho monto. No todos los miembros ingresarán al Periodo sin cobertura.

Cobertura para catástrofes -

Usted reúne los requisitos para la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus costos de bolsillo de medicamentos hayan alcanzado el límite de **\$5100** para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofes, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Durante este periodo, el plan pagará la mayoría de los costos por sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$3.40 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.