

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

Aviso anual de cambios para 2020

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 brinda información 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

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - 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 en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Revise en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados 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 que le dispensen su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2020 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 precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han venido aumentando sus precios y también le muestran otra información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y demás proveedores permanecerán en nuestra red el próximo año.
- ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que ve con regularidad, en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro 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:** Conozca otras opciones de planes
- 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 (Medicare Plan Finder) en el sitio web <https://www.medicare.gov> . Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en el reverso de su guía Medicare y Usted.
 - 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 plan.
- 3. SELECCIONE:** Decida si quiere cambiar su plan
- Si quiere **mantener** Memorial Hermann *Advantage* HMO, no tiene que hacer nada. Usted permanecerá en 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, debe inscribirse en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**

- Si al **7 de diciembre de 2019** no se ha inscrito en otro plan, permanecerá en Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Si se inscribe en otro plan al **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará a partir del **1.º de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para más información, póngase en contacto con nuestro Servicio al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No hay atención el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr. y Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No hay atención los fines de semana ni los feriados federales.
- También podemos proporcionarle información en letra grande, Braille, grabación de audio u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita.
- **La cobertura de 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

- 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 a Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 con los costos de 2020 de Memorial Hermann *Advantage* HMO en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

| Costos | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$0.00 | \$0.00 |
| Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará en gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | \$3,900.00 | \$3,900.00 |
| Visitas al consultorio del médico | Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita Consultas con un especialista: \$50.00 por visita | Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita Consultas con un especialista: \$50.00 por visita |
| Hospitalizaciones Incluye atención para enfermos agudos, rehabilitación para pacientes internados, 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 en el hospital por indicación del médico. El día | Usted paga un copago por cada internación en el hospital cubierta por Medicare: · Días de 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. · Días de 6 a 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día. | Usted paga un copago por cada internación en el hospital cubierta por Medicare: · Días de 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. · Días de 6 a 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día. |

| Costos | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|--|--|--|
| antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. | | |
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> | <p>Deducible \$300.00</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa inicial de cobertura:</p> <p>· Nivel 1 de medicamentos: Usted paga un copago de \$2.00 por receta.</p> <hr/> <p>· Nivel 2 de medicamentos: Usted paga un copago de \$15.00 por receta.</p> <hr/> <p>· Nivel 3 de medicamentos: Usted paga un copago de \$45.00 por receta.</p> <hr/> <p>· Nivel 4 de medicamentos:</p> | <p>Deducible \$300.00</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa inicial de cobertura:</p> <p>· Nivel 1 de medicamentos: <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$2.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$10.00 por receta.</p> <p>· Nivel 2 de medicamentos: <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$10.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$18.00 por receta.</p> <p>· Nivel 3 de medicamentos: <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$39.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$47.00 por receta.</p> <p>· Nivel 4 de medicamentos: <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un</p> |

| Costos | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|--------|--|---|
| | Usted paga un copago de \$99.00 por receta. | copago de \$92.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$100.00 por receta. |
| | <hr/> · Nivel 5 de medicamentos: Usted paga 27% del costo. | · Nivel 5 de medicamentos: Usted paga 27% del costo. |

Aviso anual de cambios para 2020
Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2020 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 5 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 5 |
| Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo | 5 |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores | 6 |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias | 6 |
| Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 7 |
| Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D | 8 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 13 |
| SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir | 13 |
| Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO | 13 |
| Sección 3.2 – Si decide cambiar de planes | 13 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan | 14 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 14 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados | 15 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 16 |
| Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO | 16 |
| Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare | 17 |

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costos | 2019 (este año) | 2020 (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 de la Parte D por no contar durante 63 días o más con otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”).
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para afrontar los costos de medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted 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 | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|-----------------|---|
| Monto máximo de gastos de bolsillo | \$3,900.00 | \$3,900.00 |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. | | Una vez que haya pagado \$3,900.00 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario. |
| Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. | | |

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 para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores por correo postal. **Consulte el Directorio de Proveedores 2020 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 cuanto a 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, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Haremos el esfuerzo de avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que un proveedor abandonará su plan, de modo que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor acreditado 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 acreditado 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 está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar 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 dispensan en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con distribución de costos preferidos, que pueden ofrecerle una distribución de costos más baja que la distribución de costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Puede consultar el 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. **Consulte el Directorio de Farmacias 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos. A continuación se describen estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura 2020*.

| Costos | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|---|
| Servicios de tratamiento con opioides | Los servicios de tratamiento con opioides no están cubiertos. | Usted paga un copago de \$40.00 por servicios de tratamiento con opioides, brindados durante una visita al médico. |
| Centro de cirugía ambulatoria | Usted paga un copago de \$125.00 por beneficios brindados en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. | Usted paga un copago de \$175.00 por beneficios brindados en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. |
| Servicios dentales integrales (cubiertos por Medicare) | Usted paga un copago de \$75.00 por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. No están cubiertos los servicios dentales integrales fuera lo que Medicare cubre. | Usted paga un copago de \$300.00 por beneficios dentales integrales cubiertos por Medicare. |
| Servicios dentales preventivos | Los servicios dentales preventivos no están cubiertos. | Usted paga un copago de \$0.00 por exámenes bucales, profilaxis (limpieza) y radiografías |

| Costos | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|---|
| | | dentales. Máximo de 2 visitas por año calendario. |
| Servicios dentales complementarios | Los servicios dentales complementarios no están cubiertos. | <p>Usted paga un copago desde \$0.00 (mínimo) hasta \$2,150.00 (máximo) por servicios no rutinarios.</p> <p>Usted paga un copago desde \$0.00 (mínimo) hasta \$20.00 (máximo) por servicios de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago desde \$10.00 (mínimo) hasta \$225.00 (máximo) por servicios restaurativos.</p> <p>Usted paga un copago desde \$0.00 (mínimo) hasta \$215.00 (máximo) por servicios de endodoncia.</p> <p>Usted paga un copago desde \$0.00 (mínimo) hasta \$300.00 (máximo) por servicios de periodoncia.</p> <p>Para obtener la lista completa de servicios y honorarios, consulte la Evidencia de Cobertura.</p> |

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 en los medicamentos que cubrimos y cambios en 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 habrá 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 solicítele al plan que 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 de cobertura, apelaciones, reclamos))* o llame a Servicio al Cliente.
- **Póngase de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos se nos pide que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días como afiliado del plan con el fin de evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura). Durante el tiempo que reciba 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 el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma.

Si actualmente tiene una excepción al formulario vigente, el plan le permitirá continuar recibiendo su medicamento durante el tiempo indicado en su carta de aprobación de la excepción al formulario. La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, usted aún puede coordinar 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 que refleje los cambios en los medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que podemos realizar en 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 recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un folleto adicional denominado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “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 sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y no recibe este folleto junto con este paquete, llame a Servicio al Cliente y solicite el “LIS Rider”. Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 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 alcanza las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$300.00.</p> <p>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.</p> | <p>El deducible es \$300.00.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una distribución de costos preferidos de \$2, \$10, \$39 para medicamentos y una distribución de costos estándar de \$10, \$18, \$47 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.</p> |

Cambios en la distribución de costos en la Etapa inicial de cobertura

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

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura</p> <p>Una vez que paga su deducible anual, pasa a la Etapa inicial de cobertura. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando le dispensen su receta en una farmacia de la red. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas pedidas por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 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, búselos en la Lista de Medicamentos.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1:</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$2.00 por receta.</p> <p>Nivel 2:</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$15.00 por receta.</p> <p>Nivel 3:</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$45.00 por receta.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1:</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$2.00 por receta.</p> <p>Nivel 2:</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$18.00 por receta.</p> <p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p>Nivel 3:</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p> <p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 por receta.</p> |

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|--|
| Etapa 2: Etapa inicial de cobertura (continuación) | <p>Nivel 4: <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$99.00 por receta.</p> <p>Nivel 5: <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total.</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> | <p>Nivel 4: <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$100.00 por receta.</p> <p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 por receta.</p> <p>Nivel 5: <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total.</p> <p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga 27% del costo total.</p> <p>Una vez que su costo total de medicamentos haya alcanzado los \$4,020.00, 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 que tienen costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza 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 | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| Cambios en la autorización previa para beneficiarios | | Se requiere autorización previa para Servicios de tratamiento con opioides. |

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 hasta el 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

Sección 3.2 – Si decide cambiar de planes

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse para 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente, oportunamente;
- O-- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para saber más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2020*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 5), o llame a 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 (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar 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 un plan de salud de Medicare diferente, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO quedará automáticamente anulada.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO quedará automáticamente anulada.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
 - – *O* – ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de 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 1.º de enero de 2020.

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

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros periodos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que han dejado o están dejando la 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 la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2020 y no le gusta su elección de 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 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros 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, Defensa e Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Asesoramiento, Defensa e 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, Defensa e Información de Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) al número (800) 252-9240. Puede informarse más acerca del Programa de Asesoramiento, Defensa e 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 (SPAP), 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. Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No estamos disponibles el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr. y Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. No atendemos los fines de semana ni feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2020* (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 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2020* 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 servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *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 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 (<http://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos)).

Lea *Medicare y Usted 2020*

Puede leer la guía *Medicare y Usted 2020*. 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.

