

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

Aviso anual de cambios para 2021

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

- 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 los beneficios de nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con una 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 del 2021, y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre 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 costos más bajos 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 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 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 sobre el Directorio de Proveedores.

Evalúe sus gastos generales de salud.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que 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 en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- 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 mismo.

3. **SELECCIONE:** Decida si quiere cambiar de plan

- Si al 7 de diciembre de 2020 no se ha inscrito en otro plan, 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, puede inscribirse entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**

- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en Memorial Hermann *Advantage* HMO.

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará a partir del **1 de enero de 2021**. Se anulará automáticamente su inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para más información, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (Los usuarios de TTY 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, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. 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 los fines de semana y 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 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 folleto, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere al Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan” nos referimos a Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Resumen de los costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 con los costos de 2021 para el 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 Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0.00	\$0.00
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará en gastos de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B . (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$3,900.00	\$3,900.00
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita Visitas a un especialista: \$50.00 por visita	Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita Visitas a un especialista: \$40.00 por visita
Hospitalizaciones 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 para pacientes internados comienza el día en que es admitido	Usted paga un copago por cada internación en el hospital cubierta por Medicare: · Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. · Días 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 1 a 6: Usted paga un copago de \$285.00 por día. · Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>formalmente al hospital por indicación médica. El día anterior al día del alta se considera su último día como paciente internado.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$300.00</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <hr/> <p>· Nivel 1 de medicamentos (genéricos preferidos): <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> <hr/> <p>· Nivel 2 de medicamentos (genéricos): <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>Deducible: \$300.00</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <hr/> <p>· Nivel 1 de medicamentos (genéricos preferidos): <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> <hr/> <p>· Nivel 2 de medicamentos (genéricos): <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$5.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$18.00 por receta.</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)	<p>· Nivel 3 de medicamentos (de marca preferidos): <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 3 de medicamentos (de marca preferidos): <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 (de marca no preferidos): <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$92.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$100.00 por receta.</p>	<p>· Nivel 4 de medicamentos (de marca no preferidos): <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$92.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$100.00 por receta.</p>
	<p>· Nivel 5 de medicamentos (de especialidad): Usted paga 27% del costo.</p>	<p>· Nivel 5 de medicamentos (de especialidad): Usted paga 27% del costo.</p>
		<p>Nivel 6 de medicamentos (de cuidados selectos): <i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$0.00 por receta. <i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga un copago de \$8.00 por receta.</p>

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de los costos importantes para 2021	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	12
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	2020 (este año)	2021 (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, durante 63 días o más, con otra cobertura de medicamentos que al menos sea 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 para medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la sección 7 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

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 debe pagar en “gastos de bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Por lo general, una vez que haya alcanzado este monto, no deberá pagar los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Los costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,900.00	\$3,900.00 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 por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por 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. **Consulte el Directorio de proveedores de 2021 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, entre otros) 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, 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.
- Intentaremos 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 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 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 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. Nuestra red incluye farmacias con distribución de costos preferidos, que pueden ofrecerle una distribución de costos más baja que la distribución de costos estándar que ofrecen 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 <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre

proveedores o solicitarnos que le enviemos el Directorio de Farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para conocer las farmacias que 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 (qué está cubierto y qué debe pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura* del año 2021.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura para dolor crónico en la espalda baja	No está cubierta la acupuntura.	Copago de \$25.00 por cada visita cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	Se requiere autorización previa solo para los artículos que excedan los \$1,000.00.	Se requiere autorización previa solo para los artículos que excedan los \$500.00.
Terapia de infusión a domicilio	La terapia de infusión a domicilio no está cubierta.	20% de coseguro.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Usted paga un copago por cada internación en el hospital cubierta por Medicare: · Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. · Días 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 1 a 6: Usted paga un copago de \$285.00 por día. · Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día.
Atención de la salud mental para pacientes internados	Usted paga un copago por cada internación en el	Usted paga un copago por cada internación en el

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	hospital cubierta por Medicare: · Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$300.00 por día. · Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día.	hospital cubierta por Medicare: · Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$285.00 por día. · Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0.00 por día.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa solo para los artículos que excedan los \$1,000.00.
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico	Copago de \$50.00 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.	Copago de \$40.00 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare

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 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 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 algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicio 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 comunicarse con el 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). 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 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, podemos 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 para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que realizamos a la Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 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”.

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 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 de cobertura inicial. (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 los 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 le afectan otros cambios en los beneficios o costos. 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	2020 (este año)	2021 (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 preferidos de \$2, \$10 y \$39 para medicamentos y una distribución de costos estándar de \$10, \$18 y \$47 para medicamentos del Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3, y el costo total de los 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 preferidos de \$2, \$5, \$39 y \$0 para medicamentos y una distribución de costos estándar de \$10, \$18, \$47 y \$8 para medicamentos del Nivel 1, el Nivel 2, el Nivel 3 y el Nivel 6, y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

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

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	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</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</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>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><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$2.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$2.00 por receta.</p>
	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p>
	<p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</p>	<p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</p>
	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 por receta.</p>
	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$18.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$18.00 por receta.</p>
	<p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</p>	<p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</p>
	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 por receta.</p>
	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p>
	<p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos</p>	<p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos</p>
	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 por receta.</p>
<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$100.00 por receta.</p>	<p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$100.00 por receta.</p>	
<p>Nivel 5 - Medicamentos especializados</p>	<p>Nivel 5 - Medicamentos especializados</p>	

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga 27% del costo total.</p> <p><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><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total.</p>
		<p>Nivel 6 - Medicamentos de cuidados selectos</p> <p><i>Distribución de costos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Distribución de costos estándar:</i> Usted paga \$8 por receta.</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>	<p>Una vez que su costo total de medicamentos haya alcanzado los \$4,130.00, 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 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	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p>	<p>Se requiere autorización previa solo para los</p>	<p>Se requiere autorización previa solo para los</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	artículos que excedan los \$1,000.00.	artículos que excedan los \$500.00.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa solo para los artículos que excedan los \$1,000.00.

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, para el 7 de diciembre, no se ha inscrito en otro plan ni se ha cambiado a Original Medicare, automáticamente quedará inscrito como miembro de Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Sección 3.2 – Si decide cambiar de planes

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse para el año 2021, 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 en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (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 en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **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. Se anulará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - –o– póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana, y solicite que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY 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 2021.

¿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 la Sección 2.3 del Capítulo 10 de su *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021 y no le gusta su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o 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 2021. 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 se llama 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” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados. 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 coseguro. 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 deben 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 deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes);
 - 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 recetados 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 Médicos (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 recetados 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 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 recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia en la distribución de costos de recetas a través del Programa de Medicación de VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP), P.O. Box 149347, MC1873, Austin, TX 78714; www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. 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. Comuníquese con el Servicio al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY 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. 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; estamos cerrados los fines de semana y feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura de 2021 (en esta se detallan los beneficios y costos para el próximo año)

En este *Aviso anual de cambios* se proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el 2021. Para obtener más información, revise la *Evidencia de cobertura* de Memorial Hermann *Advantage* HMO del 2021. 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. Visite el sitio web <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/> para obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. 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 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (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 en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2021*. Todos los años en otoño, se envía este folleto a las personas con Medicare. En este se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si aún no tiene una copia de este folleto, puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, para obtenerla. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.