

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

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro en Memorial Hermann *Advantage* HMO. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

Este folleto lo informa de los cambios en el plan. Para obtener información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios que podrían afectarlo en los beneficios o los costos. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

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

Qué debe hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2023*.

Después de elegir su plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, seguirá con Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Puede cambiarse a un **plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con el Servicio al cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana. El horario de atención desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- También podemos darle información gratuita en letra grande, braille, grabación de audio u otros formatos alternativos si lo necesita.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Memorial Hermann *Advantage* HMO

- Memorial Hermann *Advantage* HMO lo proporciona Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	19
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO	19
Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan	19
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	21
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	22
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO	22
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	22

Resumen de costos importantes para 2023

En la tabla de abajo se comparan los costos para 2022 y 2023 de Memorial Hermann *Advantage* HMO en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0.00	\$0.00
Máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más información).	\$3,900.00	\$3,400.00
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$0.00 por visita Visitas con un especialista: \$25.00 por visita	Visitas de atención médica básica: \$0.00 por visita Visitas con un especialista: \$25.00 por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$350.00 de copago por cada ingreso en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare.	\$350.00 de copago por cada ingreso en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$300.00</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta. <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10.00 de copago por receta. • Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 de copago por receta. <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$18.00 de copago por receta. • Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 de copago por receta. <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 de copago por receta. 	<p>Deducible: \$0.00</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta. <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10.00 de copago por receta. • Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 de copago por receta. <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$18.00 de copago por receta. • Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 de copago por receta. <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 de copago por receta.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>La insulina está en el nivel 3 de costos compartidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 de copago por receta.</p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100.00 de copago por receta.</p> <p>• Medicamentos de nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga el 28% del costo.</p> <p>• Medicamentos de nivel 6 (atención selecta): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.</p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$8.00 de copago por receta.</p> 	<p>Usted paga \$35.00 de copago por insulinas selectas (SI) en farmacias preferidas o estándar por un suministro para 30 días. (Incluyendo el período sin cobertura).</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 de copago por receta.</p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100.00 de copago por receta.</p> <p>• Medicamentos de nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga el 33% del costo.</p> <p>• Medicamentos de nivel 6 (atención selecta): <i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.</p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$8.00 de copago por receta.</p>

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) tienen un copago bajo o nulo y se limitan a determinados medicamentos genéricos que se suelen recetar para tratar condiciones médicas crónicas, como presión alta, colesterol y diabetes.

Las insulinas selectas (SI) son solamente los productos seleccionados como parte del programa modelo de ahorros para adultos mayores de los CMS, con un copago reducido para los miembros. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos más reciente que hemos proporcionado de manera electrónica. En la lista de medicamentos, las insulinas selectas se identifican con SI. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Si recibe el subsidio por bajos ingresos (LIS) para los costos compartidos, a veces llamado Ayuda adicional, ya tiene un copago establecido y no es elegible para el ahorro en los copagos de las insulinas selectas (SI). Únicamente los miembros sin LIS son elegibles para los costos compartidos de las insulinas selectas (SI). Si tiene preguntas sobre el copago de las insulinas selectas (SI), también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0.00	\$0.00

- La prima mensual del plan será *más* si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de Medicare para medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga “de su bolsillo” por el año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que alcanza esa cantidad, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,900	\$3,400
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web, <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *directorio*.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con el Servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,900.00	\$3,400.00
Ahorros para adultos mayores en insulina en la Parte D de Medicare	La insulina está en el nivel 3 de costos compartidos. El plan <u>no</u> participó en el modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D.	Usted paga \$35.00 de copago por insulinas selectas (SI) en farmacias preferidas o estándar por un suministro para 30 días. (Incluyendo el período sin cobertura).
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga \$300.00 de copago por cada cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Usted paga \$300.00 de copago por cada visita de observación de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por cada estancia.	Usted paga \$200.00 de copago por cada cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Usted paga \$200.00 de copago por cada visita de observación de pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por cada estancia.
Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)	Usted paga \$175.00 de copago por servicios cubiertos por Medicare por visita.	Usted paga \$125.00 de copago por servicios cubiertos por Medicare por visita.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Usted paga \$25.00 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca, servicio intensivo de rehabilitación cardíaca, servicio de rehabilitación pulmonar y servicio de entrenamiento físico supervisado (SET) para la arteriopatía periférica (PAD) con síntomas, cubiertos por Medicare.	Usted paga \$20.00 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca, servicio intensivo de rehabilitación cardíaca, servicio de rehabilitación pulmonar y servicio de entrenamiento físico supervisado (SET) para la arteriopatía periférica (PAD) con síntomas, cubiertos por Medicare.
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje	Usted paga \$25.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare, por visita.	Usted paga \$20.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare, por visita.
Servicios de centros de enfermería especializada	<p>Usted paga \$0.00 de copago por cada ingreso cubierto por Medicare, días 1-20.</p> <p>Usted paga \$150.00 de copago por cada ingreso cubierto por Medicare, días 21-100.</p>	<p>Usted paga \$0.00 de copago por cada ingreso cubierto por Medicare, días 1-20.</p> <p>Usted paga \$125.00 de copago por cada ingreso cubierto por Medicare, días 21-100.</p>
Servicios de emergencias	Usted paga \$90.00 de copago por cada visita en la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted paga \$125.00 de copago por cada visita en la sala de emergencias cubierta por Medicare.
Servicios necesarios de urgencia	Usted paga \$35.00 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.	Usted paga \$25.00 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.
Servicios de ambulancia aérea	Usted paga \$250.00 de copago por cada viaje en ambulancia aérea cubierto por Medicare.	Usted paga el 20% de coseguro por cada viaje en ambulancia aérea cubierto por Medicare.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo</p>	<p>Usted paga \$90.00 USD de copago por cada visita en la sala de emergencias (hasta 48 horas). El copago no se cobra si lo hospitalizan.</p> <p>Usted paga \$35.00 USD de copago por cada visita de atención de urgencia.</p> <p>No se cobra coseguro por los servicios de atención de urgencia en todo el mundo si lo hospitalizan.</p> <p>Usted paga \$250.00 USD de copago por cada transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Máximo de la cobertura del beneficio del plan de \$0.00 USD por año del plan.</p>	<p>Usted paga \$125.00 USD de copago por cada visita en la sala de emergencias (hasta 48 horas). El copago no se cobra si lo hospitalizan.</p> <p>Usted paga \$25.00 USD de copago por cada visita de atención de urgencia.</p> <p><u>Se cobra</u> el coseguro por servicios de atención de urgencia en todo el mundo si lo hospitalizan.</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro del costo total por cada transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Máximo de la cobertura del beneficio del plan de \$50,000.00 USD por año del plan.</p>
<p>Servicios de telesalud</p>	<p>Usted paga \$0.00 a \$35.00 de copago por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare. (Los copagos son los mismos que por las visitas en el consultorio).</p> <p>Las sesiones grupales de psiquiatría y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios <u>no</u> son un servicio de telesalud cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0.00 a \$25.00 de copago por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare. (Los copagos son los mismos que por las visitas en el consultorio).</p> <p>Las sesiones grupales de psiquiatría y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios son un servicio de telesalud cubierto por Medicare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios del programa de tratamiento a base de opioides	Usted paga \$40.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$20.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios	Usted paga \$75.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$25.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios radiológicos de diagnóstico de alto nivel para pacientes ambulatorios y servicios radiológicos para pacientes ambulatorios	Usted paga \$250.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. (p. ej., CT, MRI, etc.). Usted paga \$10.00 de copago por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare.	Usted paga \$150.00 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. (p. ej., CT, MRI, etc.). Usted paga \$0.00 de copago por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare.
Servicios de transporte	Los servicios de transporte <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0.00 por 10 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud cuando el plan lo apruebe. (Taxi, servicios de transporte compartido, autobús/metro, van o transporte médico).
Artículos de venta libre (OTC)	Los artículos OTC <u>no</u> están cubiertos.	Usted recibe \$40.00 cada 3 meses por artículos OTC cubiertos.
Comidas	Las comidas <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga \$0.00 por un máximo de 10 comidas inmediatamente después de una hospitalización.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Exámenes de la vista</p>	<p>Usted paga \$50.00 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>Los exámenes de rutina de la vista <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted paga \$20.00 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0.00 de copago por exámenes de rutina de la vista.</p>
<p>Exámenes de audición</p>	<p>Usted paga \$50.00 de copago por cada examen de la audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$10.00 de copago por un examen de rutina de la audición.</p>	<p>Usted paga \$20.00 de copago por cada examen de la audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0.00 de copago por un examen de rutina de la audición.</p>
<p>Otros beneficios</p>	<p>Las pelucas para caída del pelo relacionada con la quimioterapia <u>no</u> están cubiertas.</p> <p>Los cuidados paliativos a domicilio <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Las pelucas para caída del pelo relacionada con la quimioterapia están cubiertas.</p> <p>Los cuidados paliativos a domicilio están cubiertos.</p>
<p>Servicios y suministros para diabéticos</p>	<p>Usted paga el 0% de coseguro por marcas preferidas de suministros para diabéticos (medidores y tiras reactivas). Las marcas preferidas son Abbott y Roche.</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro por todos los demás suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga el 0% de coseguro por marcas preferidas/exclusivas de glucómetros y tiras reactivas. Las marcas preferidas son One Touch (LifeScan) y Accu-Chek (Roche).</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro por todos los demás suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Autorización previa para prótesis/suministros médicos</p>	<p>La autorización previa es un requisito únicamente para artículos de más de \$1,000.00.</p>	<p>La autorización previa es un requisito únicamente para artículos de más de \$500.00.</p>

Servicios dentales

Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, comuníquese con:

Liberty Dental: (866) 674-0114

Sin beneficio máximo anual del plan.

Servicios preventivos:
Usted paga el 0% de coseguro por exámenes bucales, radiografías y limpiezas dentales dentro de la red cada 6 meses (2 veces al año).

Los servicios preventivos prestados fuera de la red no están cubiertos.

Servicios integrales:
Usted paga \$50.00 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.

Usted paga el 20% de coseguro por los servicios de periodoncia dentro de la red. Los servicios fuera de la red no están cubiertos.

Los servicios diagnósticos no están cubiertos.

Los servicios de restauración, endodoncia, extracciones y servicios no rutinarios no están cubiertos.

La prostodoncia, otras cirugías orales y maxilofaciales y otros servicios no están cubiertos.

Beneficio máximo anual del plan de \$2,000.00.

Servicios preventivos:
Usted paga el 0% de coseguro por exámenes bucales, radiografías y limpiezas dentales y tratamientos con fluoruro dentro de la red cada 6 meses (2 veces al año).

Usted paga el 20% de coseguro por los servicios preventivos fuera de la red.

Servicios integrales:
Usted paga \$20.00 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.

Usted paga el 20% de coseguro dentro de la red o el 50% de coseguro fuera de la red por los servicios de periodoncia.

Usted paga el 0% de coseguro dentro de la red o el 20% de coseguro fuera de la red por los servicios diagnósticos.

Usted paga el 20% de coseguro dentro de la red o el 50% de coseguro fuera de la red por servicios de restauración, endodoncia, extracciones y servicios no rutinarios.

Usted paga el 50% de coseguro dentro y fuera de la red por prostodoncia, otras cirugías orales y maxilofaciales y otros servicios.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o “Lista de medicamentos”. Puede obtener electrónicamente una copia de nuestra lista de medicamentos. **Puede obtener la lista de medicamentos completa llamando a** Servicio al cliente (vea la parte de atrás) o visitando nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list>.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos cubiertos y cambios en las restricciones aplicables a la cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea para ofrecer la versión más actualizada.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos más reciente que hemos proporcionado de manera electrónica. En la lista de medicamentos, las insulinas selectas se identifican con SI. Si tiene preguntas sobre la lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente.

Si recibe el subsidio por bajos ingresos (LIS) para los costos compartidos, a veces llamado Ayuda adicional, ya tiene un copago establecido y no es elegible para el ahorro en los copagos de las insulinas selectas (SI). Únicamente los miembros sin LIS son elegibles para los costos compartidos de las insulinas selectas (SI). Si tiene preguntas sobre el copago de las insulinas selectas (SI), también puede llamar al Servicio al cliente al (855) 645-8448.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Hemos incluido un documento separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (“Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs”, también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Servicio al cliente y pida la “Cláusula adicional de LIS” (LIS Rider).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Nuestro Plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al cliente para obtener más información.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La información de abajo muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas, la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$300.00.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0, \$5, \$39 y \$0 de costos compartidos preferidos por los medicamentos, y \$10, \$18, \$47 y \$8 de costos compartidos estándar por los medicamentos de nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 6, y el costo total de los medicamentos de nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en los costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Consulte en la siguiente tabla los cambios de 2022 a 2023.

<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p>
<p>Los costos en esta fila son por el suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red.</p>	<p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:</p>	<p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:</p>
<p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o de los pedidos por correo de medicamentos con receta, vea la sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 por receta.</p>	<p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 por receta.</p>
<p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la lista de medicamentos.</p>	<p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p>	<p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p>
	<p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos:</p>	<p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos:</p>
	<p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 por receta.</p>	<p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 por receta.</p>
	<p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$18.00 por receta.</p>	<p><i>Costos compartidos 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>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 por receta.</p>	<p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 por receta.</p>
	<p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p>	<p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p>
	<p>La insulina está en el nivel 3 de costos compartidos.</p>	<p>Usted paga \$35.00 de copago por insulinas selectas (SI) en farmacias preferidas o estándar por un suministro para 30 días. (Incluyendo el período sin cobertura).</p>

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)

Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:

Costos compartidos preferidos:
Usted paga \$92.00 por receta.

Costos compartidos estándar:
Usted paga \$100.00 por receta.

Nivel 5 – Medicamentos especializados:

Costos compartidos preferidos:
Usted paga el 28% del costo total.

Costos compartidos estándar:
Usted paga el 28% del costo total.

Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta:

Costos compartidos preferidos:
Usted paga \$0.00 por receta.

Costos compartidos estándar:
Usted paga \$8.00 por receta.

Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4430.00, pasará a la siguiente fase (Etapa del período sin cobertura).

Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:

Costos compartidos preferidos:
Usted paga \$92.00 por receta.

Costos compartidos estándar:
Usted paga \$100.00 por receta.

Nivel 5 – Medicamentos especializados:

Costos compartidos preferidos:
Usted paga el 33% del costo total.

Costos compartidos estándar:
Usted paga el 33% del costo total.

Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta:

Costos compartidos preferidos:
Usted paga \$0.00 por receta.

Costos compartidos estándar:
Usted paga \$8.00 por receta.

Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4660.00, pasará a la siguiente fase (Etapa del período sin cobertura).

Memorial Hermann *Advantage* HMO ofrece cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas selectas (SI). Durante la Etapa del período sin cobertura, sus gastos de bolsillo por insulinas selectas serán de \$35.00 por un suministro para 30 días.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Autorización previa para prótesis/suministros médicos	La autorización previa es un requisito únicamente para artículos de más de \$1,000.00.	La autorización previa es un requisito únicamente para artículos de más de \$500.00.

SECCIÓN 3 Cómo 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 ni se cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para el año 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente.
- – *O* – puede cambiarse a Medicare original. Si se cambia a Medicare original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 sobre la potencial penalización por inscripción tardía en la Parte D

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2023*, llame a su programa estatal de asistencia con el seguro médico (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2). Le recordamos que Memorial Hermann Health Plan ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* HMO.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviar una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O* – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

¿Hay otras oportunidades en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Entre los ejemplos están las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare para medicamentos con receta) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de

Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) al (800) 252-9240. Puede obtener más información sobre el Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) en su sitio web (<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Abajo encontrará una lista de distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, los que califiquen no tendrán el período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, entre 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa para la salud renal (KHC) de Texas y Programa estatal de asistencia farmacéutica para el VIH (SPAP) de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program).
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/sida a conseguir medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y de su situación con el VIH, ingresos bajos según la definición del estado y no tener seguro/tener seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la ayuda para los costos compartidos de medicamentos con receta por medio del Programa de Texas de Medicamentos para el VIH (THMP), P.O. Box 14947, MSJA-MC1873, Austin, TX 78741-9347, www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. Para obtener más información de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (800) 255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann *Advantage* HMO

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio al cliente al (855) 645-8448. (solo TTY, llame al 711). Recibimos llamadas telefónicas desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura 2023* (tiene información de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, vea la *Evidencia de cobertura 2023* de Memorial Hermann *Advantage* HMO. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web, <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios que podrían afectarlo en los beneficios o los costos. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2023*

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Este folleto se envía por correo a las personas con Medicare todos los otoños. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.