

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP ofrecido por Memorial Hermann Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP. 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 saber si lo afectan otros beneficios o cambios de costos. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

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 *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- Consulte la sección 3, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP

- Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP es un plan de Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP.
-

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	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP.....	15
Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan.....	16
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP.....	18
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19
Sección 7.3 – Ayuda de Medicaid	19

Resumen de costos importantes para 2023

En la tabla de abajo se comparan los costos para 2022 y 2023 de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP 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* * Es posible que su prima sea más alta que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0.00	\$0.00
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Visitas con un especialista: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0 por visita.	Visitas de atención médica básica: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Visitas con un especialista: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0 por visita.
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	0-20% del costo de todas las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare. Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0.	0-20% del costo de todas las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare. Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0.

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: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 5 (especializados): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 6 (atención selecta): Usted paga \$0 <p>La cantidad de sus costos compartidos depende de su nivel de “Ayuda adicional”. Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Texas Medicaid, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del nivel 1 al nivel 5 de la Parte D.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 5 (especializados): Usted paga \$0 • Medicamentos de nivel 6 (atención selecta): Usted paga \$0 <p>La cantidad de sus costos compartidos depende de su nivel de “Ayuda adicional”. Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Texas Medicaid, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del nivel 1 al nivel 5 de la Parte D.</p>

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 (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted). Su prima mensual será de \$0 mientras sea elegible para los beneficios de Medicaid.	\$25.10	\$25.00

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)
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda de Medicaid con los copagos de la Parte A y de la Parte B, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo que se cuente para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>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.</p>	<p>\$7,550.00</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300.00</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300.00 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.</p>

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* lo informa de los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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	\$7,550.00	\$8,300.00
Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.		
Servicios de emergencias	<p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$90.00) por cada visita en la sala de emergencias. (El coseguro no se cobra si lo ingresan en un plazo de 48 horas).</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>	<p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$95.00) por cada visita en la sala de emergencias. (El coseguro no se cobra si lo ingresan en un plazo de 48 horas).</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios necesarios de urgencia</p>	<p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$65.00) por cada visita de atención de urgencia.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>	<p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$60.00) por cada visita de atención de urgencia.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>
<p>Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo</p>	<p>No se cobra coseguro por los servicios de atención de urgencia en todo el mundo si lo hospitalizan.</p> <p>No se cobra coseguro por los servicios de atención de emergencia en todo el mundo si lo hospitalizan.</p> <p>Máximo de la cobertura del beneficio del plan de \$0.00 USD por año del plan.</p>	<p><u>Se cobra</u> el coseguro por servicios de atención de urgencia en todo el mundo si lo hospitalizan.</p> <p>No se cobra coseguro por los servicios de atención de emergencia en todo el mundo si lo hospitalizan.</p> <p>Máximo de la cobertura del beneficio del plan de \$50,000.00 USD por año del plan.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0.00 por 60 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud cuando el plan lo apruebe.</p>	<p>Usted paga \$0.00 por 58 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud cuando el plan lo apruebe.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>El plan <u>no</u> permite el ingreso en un SNF sin una hospitalización previa de al menos 3 días.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>	<p>El plan permite el ingreso en un SNF sin una hospitalización previa.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de telesalud	<p>Los servicios de telesalud para las sesiones grupales cubiertas por Medicare para los servicios especializados de salud mental, los servicios de psiquiatría y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Usted paga el 0-20% de coseguro por cada visita de telesalud.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>	<p>Los servicios de telesalud para las sesiones grupales cubiertas por Medicare para los servicios especializados de salud mental, los servicios de psiquiatría y por abuso de sustancias como paciente ambulatorio están cubiertos.</p> <p>Usted paga el 0-20% de coseguro por cada visita de telesalud.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>
Exámenes de la vista	<p>Los exámenes de rutina de la vista no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga \$0.00 de copago por exámenes de rutina de la vista.</p>
Exámenes de audición	<p>Usted paga \$10.00 de copago por un examen de rutina de la audición.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0.00 de copago por un examen de rutina de la audición.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p>
Otros beneficios	<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>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<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 0-20% de coseguro por todos los demás suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</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 0-20% de coseguro por todos los demás suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</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>
<p>Dental</p> <p>Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, comuníquese con:</p> <p>Liberty Dental: (866) 674-0114</p>	<p>Máximo que se puede pagar al plan de \$1,500.00 anuales.</p> <p><u>Servicios preventivos:</u> Usted paga \$0.00 por exámenes bucales, radiografías dentales y limpiezas cada 6 meses (2 veces al año).</p> <p><u>Servicios integrales:</u> <u>No</u> hay límites de restauración para los empastes de amalgama y compuestos.</p>	<p>Máximo que se puede pagar al plan de \$2,500.00 anuales.</p> <p><u>Servicios preventivos:</u> Usted paga el 0% por exámenes bucales, radiografías dentales, limpiezas y tratamientos con fluoruro cada 6 meses (2 veces al año).</p> <p><u>Servicios integrales:</u> Hay límites de restauración para los empastes de amalgama y compuestos, 1 por superficie y por diente cada 3 años.</p>

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 al 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.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted.

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.** Le hemos enviado 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 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480.00.</p> <p>La cantidad del deducible es de \$0, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>	<p>El deducible es de \$505.00.</p> <p>La cantidad del deducible es de \$0, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>

Cambios en los costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por el suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red con costos compartidos estándar. 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>Su costo por un suministro para 30 días surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 6 (atención selecta): Usted paga \$0</p>	<p>Su costo por un suministro para 30 días surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 3: (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0</p> <p>Nivel 6 (atención selecta): Usted paga \$0</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continúa)</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<p>Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Texas Medicaid, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del nivel 1 al nivel 5 de la Parte D.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,430.00, pasará a la fase catastrófica.</p>	<p>Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Texas Medicaid, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del nivel 1 al nivel 5 de la Parte D.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,660.00, pasará a la fase catastrófica.</p>

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<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>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

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 *Dual Advantage* HMO D-SNP.

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.

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 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2). 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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción; Comunicarse 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.

Si se cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio 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 para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, 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 planes. 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>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con la línea gratuita de Texas Medicaid al (800) 252-8263, TTY 711 o al (800) 486-2048. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del centro. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Texas Medicaid la inscripción en otro plan o volver a Medicare original.

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.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada “subsidio por bajos ingresos”. La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Dado que califica, no tiene período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, 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 que consigan 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 *Dual Advantage* HMO D-SNP

¿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 *Dual Advantage* HMO D-SNP. 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.

Sección 7.3 – Ayuda de Medicaid

Para obtener información de Texas Medicaid, puede llamar a Texas Medicaid al (800) 252-8263, hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 486-2048.