

# Memorial Hermann *Advantage* HMO

H7115, Plan 001

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Este documento de resumen de beneficios es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann *Advantage* HMO** del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

**Memorial Hermann *Advantage* HMO** lo presta Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se dan no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame y pida la "Evidence of Coverage" (Evidencia de cobertura).

Para unirse a **Memorial Hermann *Advantage* HMO**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty y Montgomery.

Excepto en casos de emergencia, si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual actual "**Medicare & You**" (**Medicare y Usted**). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille, en letra grande, audio o idioma diferente al inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicio al cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información o visítenos en: <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. El horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., todos los días. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

# Memorial Hermann Advantage HMO

Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
Prima mensual del plan	<b>\$0</b> al mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	<b>\$0</b> de deducible para gastos médicos
Deducible de la Parte D	<b>\$0</b> de deducible para medicamentos recetados de la Parte D
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo ( <i>no incluye medicamentos recetados</i> )	No paga más de <b>\$2,950</b> al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.
<b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>	
Estancia para paciente hospitalizado	<b>\$350</b> de copago
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Servicios de hospital para paciente ambulatorio</b>	
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<b>\$125</b> de copago
Operación de pacientes ambulatorios	<b>\$150</b> de copago
Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio	<b>\$200</b> de copago
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Consultas con médicos</b>	
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)	<b>\$0</b> de copago
Especialistas (no se necesita remisión)	<b>\$15</b> de copago
Visita del proveedor de telesalud con PCP o especialistas	Hace el mismo copago por las visitas de Telesalud que por las visitas en el consultorio en persona.
Visita en el consultorio virtual de <b>Memorial Hermann</b> <a href="https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit">https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit</a>	<b>\$0</b> de copago
Visitas virtuales exclusivamente mediante <b>Teladoc</b>	<b>\$0</b> de copago

**Resumen de beneficios**

**Lo que usted pagará**

**Atención preventiva**

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Visita de bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Evaluación de cáncer de mama
- Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años
- Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal
- Evaluación de cáncer colorrectal
- Pruebas de detección de depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Evaluación de hepatitis C
- Pruebas de detección del VIH
- Evaluación de cáncer de pulmón
- Terapia de nutrición médica
- Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y terapia de la obesidad
- Detección de cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para reducir el uso indebido de alcohol
- Evaluación de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI)
- Orientación para dejar de fumar
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía
- Visita preventiva “Welcome to Medicare” (Bienvenido a Medicare)

**\$0** de copago

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre estos servicios preventivos cubiertos por Medicare.

**Servicios de emergencia y urgentemente necesarios**

Atención de emergencia

**\$125** por visita

Este copago no se aplica si lo hospitalizan en un plazo de 48 horas.

Atención de emergencia en todo el mundo

**\$125** por visita

Este copago no se aplica si lo hospitalizan en un plazo de 48 horas.

Transporte de emergencia en todo el mundo

**20%** de coseguro

Servicios que se necesitan con urgencia

**\$20** por visita

Servicios de urgencia en todo el mundo

**\$25** por visita

**Beneficio máximo de \$50,000 para emergencias en todo el mundo.**

Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>	
Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare	<b>\$25</b> de copago por prueba o procedimiento de diagnóstico
Servicios de laboratorio	<b>\$0</b> de copago por servicios de laboratorio
Radiografías	<b>\$0</b> de copago para radiografías
Servicios complejos de diagnóstico por imágenes (MRI, CT, PET)	<b>\$150</b> de copago por prueba/servicio
<b>Se necesita una autorización previa para algunos servicios.</b>	
<b>Servicios de audición</b>	
Examen auditivo anual cubierto por Medicare	<b>\$20</b> de copago
Examen auditivo de rutina hecho por PCP	<b>\$0</b> de copago para el examen básico de audición y equilibrio
Examen de audición hecho por un audiólogo	<b>\$0</b> de copago para el examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio
Aparatos auditivos *(Cantidad del beneficio combinado con servicios de la vista)	Asignación total anual de <b>\$1,500*</b> para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados
<b>Servicios dentales</b>	
<b>Beneficio máximo anual del plan de \$3,000</b>	
<b>Servicios preventivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen bucal (2 por año del plan)</li> <li>○ Profilaxis (limpiezas) (2 por año del plan)</li> <li>○ Radiografías (2 por año del plan)</li> <li>○ Tratamientos con fluoruro (2 por año del plan)</li> </ul>	<p><b>\$0</b> de copago para servicios preventivos de un proveedor de la red</p> <p><b>20%</b> de coseguro para servicios preventivos de un proveedor que no es de la red</p>
<b>Servicios integrales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnóstico</li> <li>○ Restauración (empastes, puentes)</li> <li>○ Periodoncia (raspado, alisado radicular)</li> <li>○ Endodoncia (tratamiento radicular)</li> <li>○ Extracciones</li> <li>○ Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)</li> <li>○ Otra operación oral/maxilofacial</li> <li>○ Otros servicios</li> <li>○ Servicios que no son de rutina</li> </ul>	<p><b>\$20</b> de copago por visita por cada servicio integral cubierto por Medicare</p> <p><b>\$0</b> de copago por servicios de diagnóstico dentro de la red, o <b>20%</b> de coseguro del costo por servicios de diagnóstico fuera de la red</p> <p><b>\$8 - \$200</b> de copago por servicios restaurativos dentro de la red, o <b>50%</b> de coseguro por servicios fuera de la red</p> <p><b>\$5 - \$183</b> de copago por servicios de periodoncia dentro de la red, o <b>50%</b> de coseguro por servicios fuera de la red</p>

Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
<p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <p>Los beneficios dentales los da Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite el sitio web en: <a href="https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist">https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist</a></p> <p><b>Nota: Las cantidades de copago para servicios integrales dentro de la red varían según el tipo y la intensidad del procedimiento o servicio. Revise el programa detallado de tarifas dentales en el Anexo de Liberty Dental para ver la cantidad exacta del copago para cada tipo de procedimiento.</b></p>	<p><b>\$9 - \$331</b> de copago por servicios de endodoncia dentro de la red, o <b>50%</b> de coseguro por servicios fuera de la red</p> <p><b>\$22 - \$94</b> de copago por servicios de extracción dentro de la red, o <b>50%</b> de coseguro por servicios fuera de la red</p> <p><b>\$4 - \$1,027</b> de copago por prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios dentro de la red o <b>50%</b> de coseguro por servicios fuera de la red</p> <p>Los copagos por servicios no rutinarios dentro de la red dependen del tipo de servicio. <b>50%</b> de coseguro por servicios fuera de la red.</p>
<b>Servicios de la vista</b>	
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	<b>\$20</b> de copago
Exámenes de rutina de la vista	<b>\$0</b> de copago
Evaluaciones de glaucoma	<b>\$0</b> de copago para una evaluación anual
Evaluaciones de retinopatía diabética para diabéticos	<b>\$0</b> de copago para una evaluación anual
Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas) *(Cantidad del beneficio combinado con servicios de audición)	Beneficio total anual de <b>\$1,500*</b> para anteojos o lentes de contacto
<b>Servicios de salud mental/abuso de sustancias</b>	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	<b>\$350</b> de copago por estancia
Terapia individual para pacientes ambulatorios o sesión de terapia grupal con un proveedor que no sea médico	<b>\$0</b> de copago
Terapia individual ambulatoria o sesión de terapia grupal con un psiquiatra	<b>\$15</b> de copago
Programa de tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios	<b>\$20</b> de copago

Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
<b>Servicios de salud mental/abuso de sustancias (continuación)</b>	
Programa de tratamiento de opioides para pacientes hospitalizados	<b>\$350</b> de copago por estancia
Visita ambulatoria por abuso de sustancias	<b>\$25</b> de copago
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Centro de enfermería especializada</b>	
Días 1 al 20	<b>\$0</b> de copago por día
Días 21 al 100	<b>\$125</b> de copago por día
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Servicios de rehabilitación</b>	
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	<b>\$20</b> de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	<b>\$20</b> de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	<b>\$20</b> de copago
Atención quiropráctica Manipulación de la columna para corregir una subluxación	<b>\$20</b> de copago
Acupuntura Para el tratamiento del dolor lumbar crónico	<b>\$20</b> de copago
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre (solo ida)	<b>\$250</b> de copago
Ambulancia aérea (solo ida)	<b>20%</b> de coseguro
<b>Se necesita una autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.</b>	
<b>Transporte</b>	
Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico.	Hasta <b>20</b> transportes de ida aprobados por el plan por un año a lugares relacionados con la salud

Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	
Quimioterapia/Medicamentos de radiación	20% del costo
Otros medicamentos de la Parte B	20% del costo
<b>Se podría exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B.</b>	20% del costo hasta un máximo de <b>\$35</b> por un suministro de insulina para un mes dado por un proveedor de DME.
<b>Terapia de infusión en casa</b>	
Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones	20% de coseguro
<b>Se podría exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</b>	
<b>Atención médica en casa</b>	
Visita de salud en casa cubierta por Medicare	\$0 de copago
Cuidados paliativos en casa	\$0 de copago
<b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b>	
<b>Servicios y suministros para diabéticos</b>	
Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare	20% de coseguro
Capacitación en el control personal de la diabetes	0% de coseguro
Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (One Touch de Life Scan y Accu-Chek de Roche)	0% de coseguro
Zapatos o plantillas terapéuticas moldeadas a medida cubiertas por Medicare	20% de coseguro
Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6/G7 y Freestyle Libre/Libre 2/Libre 14. Es posible que únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.	20% de coseguro para las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (al por menor) <b>Todas las demás marcas están excluidas.</b>

Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	
<p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p><b>20%</b> de coseguro</p>
<p>Pelucas para pacientes de quimioterapia</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b></p>	<p><b>\$0</b> de copago</p>
<b>Hospicio</b>	
<p>Los servicios cubiertos incluyen medicamentos para el control de los síntomas y analgésicos, cuidado de relevo a corto plazo y atención en casa.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</b></p>	<p>Está cubierto</p>
<b>Servicios telefónicos/virtuales</b>	
<p>Visitas virtuales mediante médicos de atención primaria</p>	<p><b>\$0</b> de copago</p>
<p>Visitas virtuales de especialistas</p>	<p><b>\$15</b> de copago</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p>	<p><b>\$20</b> de copago</p>
<p>Sesiones individuales y de grupo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios especializados de salud mental</li> <li>• Servicios psiquiátricos</li> <li>• Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$0</b> de copago</p> <p><b>\$15</b> de copago</p> <p><b>\$25</b> de copago</p>
<p>Visita en el consultorio virtual de <b>Memorial Hermann</b>  <a href="https://www.memorialhermann.org/services/specia/lties/virtual-care/virtual-office-visit">https://www.memorialhermann.org/services/specia/lties/virtual-care/virtual-office-visit</a></p>	<p><b>\$0</b> de copago</p>
<p>Visita telefónica 24/7 disponible por medio de <b>Teladoc</b>. Puede inscribirse o iniciar sesión en Teladoc en <a href="https://www.teladoc.com/">https://www.teladoc.com/</a>.</p>	<p><b>\$0</b> de copago</p>



Resumen de beneficios	Lo que usted pagará
<b>Programa de premios de bienestar Healthy Advantage</b>	
<p>Complete las siguientes actividades para ganar premios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación anual de riesgos para la salud</li> <li>• Visita de bienestar anual</li> <li>• Evaluación de cáncer de mama</li> <li>• Evaluación de cáncer de colon</li> <li>• Examen de la retina</li> </ul>	<p>Gane hasta <b>\$180</b> en premios de tarjetas de regalo para bienes y servicios aprobados por CMS.</p>
<b>Comidas</b>	
<p>Comidas dadas inmediatamente después del alta del paciente hospitalizado.</p>	<p>Hasta <b>10</b> comidas entregadas por el alta hospitalaria</p>
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	
<p>El Plan da un beneficio para ciertos artículos de OTC aprobados por CMS cada tres (3) meses. Los fondos no usados al final del trimestre <u>no</u> se acumulan al siguiente trimestre.</p>	<p>Asignación máxima de <b>\$150</b> por trimestre</p>
<b>Comida y productos agrícolas (comestibles)</b>	
<p>El Plan da un beneficio anual para comida y productos agrícolas aprobados para los miembros al completar exitosamente un Programa de administración de casos.</p>	<p><b>\$500</b> por año del plan</p>
<b>Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)</b>	
<p>La Flex Card incluye tres (3) categorías de gasto:</p> <p><b>Audición y vista</b> Los servicios de la audición y de la vista tienen una asignación anual combinada para gastar según sea necesario en anteojos o aparatos auditivos.</p> <p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b> El beneficio de OTC es cada tres (3) meses para los artículos aprobados por CMS. Los fondos no usados al final del trimestre <u>no</u> se acumulan al siguiente trimestre.</p> <p><b>Beneficio de comestibles</b> El beneficio de comestibles se puede agregar a la tarjeta Flex al completar exitosamente un Programa de administración de casos. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA.</p>	<p>Asignación combinada anual de <b>\$1,500</b></p> <p><b>\$150</b> de asignación trimestral</p> <p>Asignación anual de <b>\$500</b></p>

**Resumen de beneficios**

**Lo que usted pagará**

**Administración de casos**

Un administrador de casos es un enfermero registrado (RN) que da atención personalizada al miembro, enfocada en mantener el bienestar y la independencia. Los ejemplos incluyen:

- ayudar a comprender un nuevo diagnóstico y cómo manejarlo;
- encontrar un nuevo proveedor dentro de la red; y
- ayudar a un miembro a encontrar recursos de la comunidad si tiene dificultades para pagar las facturas o tiene problemas para moverse de manera segura en la casa

**Más beneficios para la salud y el bienestar**

**Membresía del gimnasio**

Con formas nuevas y divertidas de ponerse en forma y mantenerse saludable, el programa Silver & Fit incluye:

- Ser miembro de un gimnasio o estudio Silver & Fit que participe en el programa básico Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no tiene costo para usted. Puede optar por comprar servicios adicionales ampliados. Comuníquese con su gimnasio.
- Kits Silver & Fit Home Fitness, si no puede ir a un gimnasio o prefiere hacer ejercicio en casa.
- Planes de entrenamiento para ayudarle a comenzar o continuar una rutina de ejercicios.
- Videos de ejercicios a pedido para todos los niveles de condición física en el sitio web de Silver&Fit.
- El Club del Bienestar para clases y eventos virtuales en vivo y recursos exclusivos.
- El boletín de Silver Slate® 4 veces al año.
- El sitio web de Silver&Fit. Una línea directa gratis para responder preguntas sobre el programa.

Se debe utilizar un club de fitness contratado disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.

El programa Silver&Fit se proporciona por medio de American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), filial de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se usa aquí con su permiso. Los kits están sujetos a cambios. Los centros de fitness participantes pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios.

**\$0** de copago para el programa de condición física por medio del programa de paquete de ejercicios en casa

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)**

**Fase de deducible** | \$0 de deducible para medicamentos de la Parte D

**Fase de cobertura inicial**

Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que les corresponde a ellos y **usted paga la parte del costo que le corresponde a usted.**

Permanece en esta etapa de cobertura inicial hasta que sus **costos totales de medicamentos** (total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D) para el año lleguen a **\$5,030**.

<b>Cobertura inicial</b>	<b>Venta al por menor: costo compartido (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)</b>	<b>Venta al por menor: costo compartido (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)</b>	<b>Pedidos por correo: costo compartido (Suministro para 90 días) por medio de Costco</b>
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: De marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamento no preferido	\$100 de copago	\$300 de copago	\$300 de copago
Nivel 5: Especialidad	33% de coseguro	No se ofrece	No se ofrece
Nivel 6: Atención selecta	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

El costo compartido puede cambiar cuando entra a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

**No pagará más de \$35.00 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.**

Los medicamentos Select Care (Nivel 6) no tienen copago para este nivel y se limitan a medicamentos genéricos seleccionados comúnmente recetados para tratar condiciones médicas crónicas como presión alta, colesterol y diabetes.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D) (continuación)****Período sin cobertura:**

Durante esta etapa, paga el 25% del precio por sus medicamentos de marca (además de una parte de la tarifa de despacho) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.

Permanece en esta etapa hasta que sus “**gastos de bolsillo**” del año a la fecha (el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D) lleguen a un total de **\$8,000**. Esta cantidad y las reglas para cómo cuentan los costos para esta cantidad han sido establecidas por Medicare.

Los medicamentos Select Care (Nivel 6) están disponibles con un copago de **\$0** durante la etapa del período sin cobertura.

No todos entrarán en el período sin cobertura.

**Cobertura catastrófica:**

Califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos llegaron al límite de **\$8,000** para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No tiene que pagar nada.

**Farmacia de pedido por correo**

Reciba un suministro hasta de 90 días del medicamento por medio de Costco. No es necesario ser miembro de Costco para usar el servicio de farmacia de pedidos por correo.

**Red de farmacias**

Para obtener más información sobre la red de farmacias, visite nuestro sitio en:

<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.