

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

H7115, Plan 004

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Estos documentos de resumen de beneficios son un resumen de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO** del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO lo ofrece 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 que se da de los beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la "Evidencia de cobertura" (Evidence of Coverage).

Para unirse a **Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle 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: Hardin y Jefferson.

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 la guía actual "**Medicare y usted**" (**Medicare & You**). Véalo en línea en 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 de molde 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/>. Los horarios de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los horarios de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

Memorial Hermann Advantage Golden Triangle HMO

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Prima del plan mensual	\$0 por mes Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 de deducible para gastos médicos
Deducible de la Parte D	\$0 de deducible para los medicamentos con receta de la Parte D
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$3,200 al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.
Hospital para pacientes hospitalizados	
Estancia en el hospital como paciente hospitalizado	Copago de \$350
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Copago de \$125
Operación para paciente ambulatorio	Copago de \$125
Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio	Copago de \$125
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	
Visitas al médico	
Proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$0
Especialistas (no se necesita remisión)	Copago de \$20
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 Memorial Hermann https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit	Copago de \$0
Visitas virtuales exclusivamente por Teladoc	Copago de \$0

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Atención preventiva

- Evaluación de detección de aneurisma de aorta abdominal
- Consulta anual de bienestar
- Medición de la masa ósea
- Evaluación de cáncer de mama
- Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años
- Evaluación de cáncer cervical y vaginal
- Evaluación de cáncer colorrectal
- Evaluación de depresión
- Evaluación de diabetes
- Evaluación de hepatitis C
- Evaluación de 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
- Evaluación del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para reducir el uso indebido de alcohol
- Evaluación de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Orientación para dejar de fumar
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”

Copago de **\$0**

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

Emergencias y servicios necesarios de urgencia

Atención de emergencia

\$125 por visita

Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.

Atención de emergencia en todo el mundo

\$125 USD por visita

Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.

Transporte de emergencia en todo el mundo

20 % de coseguro

Servicios necesarios de urgencia

\$25 por visita

Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo

\$25 USD por visita

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

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por imágenes

Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare

Servicios de laboratorio

Radiografías

Servicios complejos de diagnóstico por imágenes (MRI, CT, PET)

Copago de **\$25** por procedimiento o prueba de diagnóstico

Copago de **\$0** para servicios de laboratorio

Copago de **\$0** para radiografías

Copago de **\$150** por pruebas/servicio

Se necesita una autorización previa para algunos servicios.

Servicios de audición

Examen auditivo anual cubierto por Medicare

Examen auditivo de rutina hecho por PCP

Examen de audición hecho por un audiólogo

Aparatos auditivos
*(Cantidad de beneficio combinada con la vista)

Copago de **\$20**

Copago de **\$0** para el examen básico de audición y equilibrio

Copago de **\$0** para el examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio

\$900* de asignación total anual para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados

Servicios dentales

Beneficio máximo anual del plan de \$2,500

Servicios Preventivos

- Examen bucal (2 al año por plan)
- Profilaxis (limpiezas) (2 al año por plan)
- Radiografías (2 al año por plan)
- Tratamiento con flúor (2 al año por plan)

Copago de **\$0** por servicios de prevención con un proveedor de la red

20 % de coseguro para servicios preventivos por un proveedor que no está en la red

Servicios integrales

- Diagnóstico
- Restauración (empastes, puentes)
- Periodoncia (raspado, alisado radicular)
- Endodoncia (tratamiento de canal)
- Extracciones
- Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)
- Otra operación oral/maxilofacial
- Otros servicios
- Servicios que no son de rutina

Copago de **\$20** por visita por cada servicio integral cubierto por Medicare

Copago de **\$0** por servicios de diagnóstico dentro de la red, o **20 %** de coseguro del costo por servicios de diagnóstico fuera de la red

Copago de **\$8 - \$200** por servicios de restauración dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Copago de **\$5 - \$183** por servicios de periodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Servicios dentales (continúa)

Los beneficios dentales los da Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite el sitio web en: <https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist>

Nota: Las cantidades de copago para servicios integrales dentro de la red varían según el tipo y la intensidad del procedimiento o servicio. Revise la lista de tarifas dentales en el anexo de Liberty Dental para ver la cantidad exacta del copago para cada tipo de procedimiento.

Copago de **\$9 - \$331** por servicios de endodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Copago de **\$22 - \$94** por servicios de extracción dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Copago de **\$4 - \$1,027** por servicios de prostodoncia, otras operaciones bucales/maxilofaciales u otros servicios dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Los copagos por servicios dentro de la red que no son de rutina dependen del tipo de servicio. **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red.

Servicios de la vista

Exámenes de la vista cubiertos por Medicare

Copago de **\$20**

Exámenes de rutina de la vista

Copago de **\$0**

Evaluaciones de glaucoma

Copago de **\$0** por una evaluación anual

Evaluaciones de retinopatía diabética para diabéticos

Copago de **\$0** por una evaluación anual

Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas)

\$900* de beneficio total anual para anteojos y lentes o lentes de contacto

*(Cantidad de beneficio combinada con audición)

Salud mental/servicios por abuso de sustancias

Atención de salud mental para pacientes hospitalizados

Copago de **\$350** por estancia

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor que no es médico

Copago de **\$0**

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra

Copago de **\$20**

Programa de tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios

Copago de **\$20**

Programa de tratamiento de opioides para pacientes hospitalizados

Copago de **\$350** por estancia

Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

Copago de **\$25**

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Centro de enfermería especializada	
Días 1 - 20	Copago de \$0 por día
Días 21 - 100	Copago de \$125 por día
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	
Servicios de rehabilitación	
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Copago de \$35
Servicios de rehabilitación cardíaca	Copago de \$0
Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$0
Atención con un quiropráctico Manipulación de la columna para corregir una subluxación	Copago de \$20
Acupuntura Para el tratamiento del dolor lumbar crónico	Copago de \$35
Ambulancia	
Ambulancia terrestre (solo ida)	Copago de \$250
Ambulancia aérea (solo ida)	20 % de coseguro
Se necesita una autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.	
Transporte	
Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico.	Hasta 20 transportes de ida aprobados por el plan por un año a lugares relacionados con la salud
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Quimioterapia/Medicamentos de radiación	20 % del costo
Otros medicamentos de la Parte B	20 % del costo
Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.	
	20 % del costo de hasta un máximo de \$35 por el suministro de insulina para un mes que se entregue por medio de un proveedor DME.

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Terapia de infusión en casa	
<p>Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones</p> <p>Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>20 % de coseguro</p>
Atención médica en casa	
<p>Visita médica en casa cubierta por Medicare</p> <p>Cuidados paliativos en casa</p> <p>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p>
Servicios y suministros para diabéticos	
<p>Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare</p> <p>Capacitación para el control de su propia diabetes</p> <p>Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (One Touch by Life Scan y Accu-Chek de Roche)</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticas moldeadas a la medida cubiertas por Medicare</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6/G7 y Freestyle Libre/Libre 2/Libre 14. Es posible que solo cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.</p>	<p>20 % de coseguro</p> <p>0 % de coseguro</p> <p>0 % de coseguro</p> <p>20 % de coseguro</p> <p>20 % de coseguro para las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (tienda) Todas las demás marcas están excluidas.</p>
Equipo médico duradero (DME)	
<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 usarlas en casa, bombas para infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Pelucas para pacientes de quimioterapia</p> <p>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</p>	<p>20 % de coseguro</p> <p>Copago de \$0</p>

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Hospicio

Los servicios cubiertos incluyen medicamentos para el control de los síntomas y analgésicos, atención de relevo a corto plazo y cuidado en casa.

Cubierto

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Servicios telefónicos/virtuales

Visitas virtuales por medio de médicos de atención primaria

Copago de **\$0**

Visitas virtuales de especialistas

Copago de **\$20**

Servicios necesarios de urgencia

Copago de **\$25**

Sesiones individuales y de grupo para:

- Servicios especializados de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

Copago de **\$20**

Copago de **\$25**

Visita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann**

<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

Copago de **\$0**

Visita telefónica 24/7 disponible por medio de **Teladoc**.

Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en <https://www.teladoc.com/>.

Copago de **\$0**

Programa de premios de bienestar Healthy Advantage

Complete las siguientes actividades para ganar premios:

- Evaluación anual de riesgos médicos
- Consulta anual de bienestar
- Evaluación de cáncer de mama
- Evaluación de cáncer de colon
- Examen de la retina

Gane hasta **\$180** en premios de tarjetas de regalo para bienes y servicios aprobados por CMS.

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Comidas

Comidas dadas inmediatamente después del alta al paciente que estuvo hospitalizado.

Hasta **10** comidas entregadas por el alta del hospital

Artículos de venta libre (OTC)

El plan da un beneficio para ciertos artículos OTC aprobados por CMS cada tres (3) meses. Los fondos que no se usan al final del trimestre no se acumulan para el siguiente trimestre.

Asignación máxima de **\$40** por trimestre

Comida y productos agrícolas (comida)

El plan da un beneficio anual para comida y productos agrícolas aprobados (comida) para los miembros al completar exitosamente un Programa de administración de casos.

\$500 por año del plan

Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)

La Flex Card incluye tres (3) categorías de gasto:

Audición y vista

Audición y vista tienen una asignación anual combinada para gastar según sea necesario en anteojos y lentes o aparatos auditivos.

\$900 de asignación anual combinada

Artículos de venta libre (OTC)

El beneficio OTC es cada tres (3) meses para los artículos aprobados por CMS. Los fondos que no se usan al final del trimestre no se acumulan para el siguiente trimestre.

\$40 de asignación trimestral

Beneficio de comida

El beneficio para comida se podría agregar a la Flex Card cuando complete con éxito un Programa de administración de casos. La comida aceptable sigue las directrices de SNAP del USDA.

\$500 de asignación anual

Administración de casos

El administrador de casos es un enfermero registrado (RN) que da atención personalizada al miembro y está centrado en mantener el bienestar y la independencia. Por ejemplo:

- ayuda a entender un nuevo diagnóstico y cómo manejarlo;
- encuentra a un nuevo proveedor dentro de la red; y
- ayuda 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.

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Más beneficios médicos y para el bienestar

Membresía del gimnasio

Con nuevas y divertidas maneras para ponerse en forma y mantenerse sano, el Programa Silver & Fit incluye:

- Ser miembro de un gimnasio Silver & Fit o de un gimnasio que participe en el Programa básico de Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO sin costo para usted. Puede elegir comprar más servicios ampliados. Comuníquese con su gimnasio.
- Kits de gimnasio para la casa de Silver & Fit, si no puede ir a un gimnasio o prefiere hacer ejercicio en casa.
- Planes de ejercicios para ayudarlo a iniciar o para continuar una rutina de ejercicios.
- Videos de ejercicios a demanda para todos los niveles de fitness en el sitio web de Silver&Fit.
- El club de bienestar para clases y eventos virtuales en vivo y recursos exclusivos.
- El boletín de Silver Slate® 4 veces al año.
- El sitio web Silver&Fit. Una línea directa para llamadas sin costo para responder preguntas sobre el programa.

Se debe usar un lugar del club de fitness que esté disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.

El Programa Silver&Fit se da por medio de American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH que se usa aquí con su permiso. Los kits están sujetos a cambios. La participación de los gimnasios varía según el lugar y está sujeto a cambios.

\$0 de copago para el Programa de fitness por medio del programa del kit de ejercicios en casa

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

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

Fase de cobertura inicial

Durante esta etapa, el plan paga su Parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su Parte del costo.**

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

Cobertura inicial	Venta al por menor de gastos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)	Venta al por menor de gastos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)	Gastos compartidos de pedidos por correo (Suministro para 90 días) por medio de Costco
Nivel 1: Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Genérico	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: Marca preferida	Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamento no preferido	Copago de \$100	Copago de \$300	Copago de \$300
Nivel 5: Especialidad	33 % de coseguro	No se ofrece	No se ofrece
Nivel 6: Atención selecta	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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

Usted no paga más de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto sin importar el nivel de gasto compartido.

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) no tienen copago para este nivel y se limitan a medicamentos genéricos seleccionados, frecuentemente recetados para tratar condiciones médicas continuas 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 al cliente para obtener más información.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D) (continúa)

Período sin cobertura:

Durante esta etapa usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una Parte del cargo por 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 para sus medicamentos cubiertos de la Parte D) lleguen a un total de **\$8,000**. Medicare estableció esta cantidad y las normas para el cálculo de los costos en relación con esta cantidad.

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) están disponibles **sin** copago durante el 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 esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

Farmacia de pedido por correo

Reciba un suministro del medicamento hasta de 90 días por medio de Costco. No necesita 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>.