

Aviso anual de cambios para 2024

MEMORIAL[®]
HERMANN
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

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

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted 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 documento lo informa sobre los cambios en el plan. Para obtener información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que la puede encontrar en nuestro sitio web, <https://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 de Atención 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 2024 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 2024*.
- 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 2023, 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 2024**. Con esto terminará su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- Consulte la sección 3, página 18, 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 de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
- También podemos darle información gratuita en letra grande, braille, grabación de audio u otros formatos alternativos si lo necesita.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura médica elegible (QHC)** y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de 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 2024

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2024 | 4 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 8 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 8 |
| Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo | 9 |
| Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias | 9 |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 10 |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | 13 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 17 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 19 |
| Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP ... | 19 |
| Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan | 19 |
| SECCIÓN 4 Cambio de plan | 20 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare y Medicaid | 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>Dual Advantage</i> HMO D-SNP ... | 22 |
| Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare | 22 |
| Sección 7.3 – Ayuda de Medicaid | 23 |

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo se comparan los costos para 2023 y 2024 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 | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.</p> <p>Su prima mensual será de \$0 mientras sea elegible para los beneficios de Medicaid.</p> | \$25.00 | \$28.40 |
| <p>Visitas en el consultorio del médico</p> | <p>Visitas de atención primaria: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita.</p> <p>Visitas al especialista: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0 por visita.</p> | <p>Visitas de atención primaria: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita.</p> <p>Visitas al especialista: 0-20% del costo cubierto por Medicare por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0 por visita.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</p> | <p>0-20% del costo de todas las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0.</p> | <p>0-20% del costo de todas las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0.</p> |
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.5 para obtener más información).</p> <p>No pagará el deducible mientras sea elegible para los beneficios de Medicaid.</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará \$0.</p> | <p>Deducible: \$505.00</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 \$0.00 • Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0.00 • Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0.00 | <p>Deducible: \$545.00</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 \$0.00 • Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0.00 • Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0.00 |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continúa)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <p>• Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$0.00</p> <p>• Medicamentos de nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0.00</p> <p>• Medicamentos de nivel 6 (Medicamentos de atención selecta): Usted paga \$0.00</p> | <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga \$0.00</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>• Medicamentos de nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0.00</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>• Medicamentos de nivel 6 (Medicamentos de atención selecta): Usted paga \$0.00</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continúa)</p> | <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 Medicaid de Texas, usted pagará el 25% del total de los medicamentos cubiertos del nivel 1 al nivel 5 de la Parte D.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor de estos: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe el trato de genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.) | <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 Medicaid de Texas, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del nivel 1 al nivel 5 de la Parte D.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</p> <p>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).</p> <p>Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> | <p>\$8,300.00</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p>\$8,850.00</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> |

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <p>Prima mensual</p> <p>También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.</p> <p>Su prima mensual será de \$0 mientras sea elegible para los beneficios de Medicaid.</p> | <p>\$25.00</p> | <p>\$28.40</p> |

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| <p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</p> <p>Como nuestros miembros también reciben asistencia 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 los copagos) cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p> | \$8,300.00 | <p>\$8,850.00</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850.00 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A ni de 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, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio; esto lo haremos en tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* 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 2024 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 un cambio en nuestros proveedores a mitad de año lo afecta, comuníquese con el Servicio de Atención 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 sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|---|
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo | \$8,300.00 | \$8,850.00 |
| Servicios de emergencias | <p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$95.00) por cada visita a 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 \$100.00) por cada visita a 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 | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Servicios necesarios de urgencia</p> | <p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$60.00) por cada visita a 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 \$55.00) por cada visita a 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 y suministros para capacitación en el control de su propia diabetes</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos.</p> | <p>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre) en una farmacia de la red (comercio). Todas las demás marcas están excluidas.</p> <p>Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.</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>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre/<u>Libre2/ Libre14</u>) en una farmacia de la red (comercio). Todas las demás marcas están excluidas.</p> <p>Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.</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>Artículos de venta libre (OTC)</p> | <p>\$75.00 de reembolso máximo del plan cada tres (3) meses por artículos de venta libre permitidos aprobados por CMS.</p> | <p>\$200.00 de reembolso máximo del plan cada tres (3) meses por artículos de venta libre permitidos aprobados por CMS.</p> |
| <p>Servicios de transporte</p> | <p>El plan proporciona al año hasta 58 traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud. (Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico).</p> | <p>El plan proporciona al año traslados ilimitados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud. (Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico).</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| Comida y productos agrícolas (Comestibles) | No se ofrece el beneficio de Comida y productos agrícolas (Comestibles) | Se agrega un beneficio trimestral de comestibles de \$240.00 a la tarjeta Flex. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA. Los fondos que no se usan se transfieren al próximo trimestre. |
| Exámenes de audición | <p>Usted paga \$50.00 de copago por un examen de la audición cubierto 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 20% de coseguro por un examen de audición cubierto 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> |
| Servicios auditivos | \$400.00 de beneficio máximo anual para la compra de aparatos auditivos. | \$1,000.00 de beneficio máximo anual (combinado con la vista) para la compra de aparatos auditivos o anteojos y lentes (por ejemplo, lentes para anteojos, monturas para anteojos o lentes de contacto). |
| Atención de la vista | \$200.00 de beneficio máximo anual para la compra de anteojos y lentes (por ejemplo, lentes para anteojos, monturas para anteojos o lentes de contacto). | \$1,000.00 de beneficio máximo anual (combinado con la audición) para la compra de anteojos y lentes (por ejemplo, lentes para anteojos, monturas para anteojos o lentes de contacto) o para aparatos auditivos. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Parte B - Insulina</p> | <p>Hasta el 1 de julio de 2023 <u>no</u> existía una disposición de la Parte B del límite de costos para la insulina.</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>No paga más de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto proporcionado por medio de una bomba de insulina de equipo médico duradero (DME) según la Parte B.</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 dentales</p> <p>Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, comuníquese con:</p> <p>Liberty Dental: (866) 674-0114</p> | <p>Máximo pagable anual del plan es de \$2.500.00.</p> <p>Usted paga \$50.00 de copago por los servicios dentales integrales 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>Máximo pagable anual del plan es de \$4,000.00.</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro por los servicios dentales 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> |

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 Lista de medicamentos cubiertos (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 de Atención al Cliente (vea la cubierta de atrás) o visitando nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare>.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos,” que podrían incluir quitar o incorporar medicamentos, cambiar las restricciones que se apliquen a su cobertura para ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si a su medicamento lo pasaron a un nivel diferente de costo compartido.**

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 quitar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya sacado 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, pedir una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio de Atención 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 usted 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 a usted.** Le hemos enviado un documento separado, llamado “Anexo de 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 Anexo de subsidio por bajos ingresos o Anexo 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 2023, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el Anexo de LIS (LIS Rider).

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 | 2023 (este año) | 2024 (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. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes.</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> | <p>El deducible es \$545.00.</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

Consulte en la siguiente tabla los cambios de 2023 a 2024.

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 – Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> |

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continúa)</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. 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>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>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, pagará el 0% del costo total.</p> | <p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Medicaid de Texas, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del Nivel 1 al Nivel 5 de la Parte D.</p> <hr/> | <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Medicaid de Texas, usted pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del Nivel 1 al Nivel 5 de la Parte D.</p> <hr/> |

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continúa) Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este costo total de medicamentos.</p> | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado \$4,660.00, pasará a la siguiente fase (Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$5,030.00, pasará a la siguiente fase (Etapa del período sin cobertura).</p> |

Importante mensaje sobre lo que paga por insulina

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

Importante mensaje sobre lo que paga por vacunas de la Parte D

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

Cambios en la Etapa de período sin cobertura y Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica) son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, vea las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP plan para los condados</p> | <p>El plan se ofrece en los condados de Fort Bend, Harris y Montgomery.</p> | <p>El plan se ofrece en los condados de Brazoria, Fort Bend, Harris, Liberty y Montgomery.</p> |

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|--|
| <p>Autorización previa</p> | <p>Se exige autorización previa solo para los medicamentos de la Parte B de más de \$1,000.</p> | <p>Se <u>podría</u> exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B.</p> |
| <p>Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)</p> <p>Para obtener más información, visite nuestra página de Tarjeta Flex en https://mhhp.org/flex.</p> <p>Revise el saldo de su Tarjeta Flex en: https://mhhp.flex.org.</p> | <p><u>No</u> se ofrece la tarjeta de débito de gasto flexible.</p> | <p>La Tarjeta Flex incluye tres (3) categorías de gasto:</p> <p><u>Audición y vista:</u> \$1,000.00 de asignación anual combinada para audición y vista, para gastarla según sea necesario para anteojos y lentes o para aparatos auditivos.</p> <p><u>De venta libre (OTC):</u> \$200.00 de asignación trimestral para productos de venta libre relacionados con la salud. Los productos pueden obtenerse por medio de su farmacia local o por el catálogo de Medline que proporciona el plan. Los fondos <u>no se transfieren si no se usan.</u></p> <p><u>Beneficio de comestibles:</u> Se agrega un beneficio trimestral de comestibles de \$240.00 a la Tarjeta Flex. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA. Los fondos que no se usan se transfieren al próximo trimestre.</p> |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

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

Para mantenerse 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 cambiarse de plan para el año 2024, 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 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia con el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program) (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

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 de Atención al Cliente si necesita más información de 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 2024.

¿Hay otras oportunidades en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Entre los ejemplos se incluyen 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.

Como usted tiene [Insertar el nombre del programa de Medicaid], es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 2024.

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 orientación gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Texas, SHIP se llama Health Information Counseling and Advocacy Program (Programa de información médica, consejería y defensa, HICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación **gratuita** sobre el seguro médico local a personas que tienen Medicare. Los consejeros del Programa de información médica, consejería y defensa (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Ellos 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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission) al (800) 252-8263, TTY (512) 424-6597. Pregunte cómo su cobertura de Texas Medicaid afecta la inscripción en otro plan o volver a Medicare Original.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted 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 usted 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, de lunes a viernes, entre 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., 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 de Texas (Texas Kidney Healthcare Program, KHC) y Programa estatal de asistencia farmacéutica para el VIH de Texas (Texas HIV State Pharmacy Assistance Program, SPAP) 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 su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a asegurarse de que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo pruebas de residencia en el estado y de su

situación con el VIH, ingresos bajos según la definición del estado y estar sin 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 de Texas HIV Medication Program (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 de Atención al Cliente al (855) 645-8448. (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas por teléfono desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura 2024* (tiene información sobre 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 2024. Para obtener más información, vea la *Evidencia de cobertura 2024* 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* la puede encontrar en nuestro sitio web, <https://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 de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, <https://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* (*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), 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 sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Este documento se envía por correo todos los otoños a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas 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 (512) 424-6597.

health.plan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

De 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora central, todos los días (del 1 de octubre al 31 de marzo), de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora central, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).



Derechos de autor © 2023 Memorial Hermann. Todos los derechos reservados.