MEMORIAL HERMANN
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

# Plan Memorial Hermann Medicare *Advantage* HMO

- Entienda sus opciones de Medicare
- Explore Memorial Hermann Medicare Advantage
- Elija un plan que se ajuste a sus necesidades

MEMORIAL HERMANN
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

# PLANES DE MEDICARE PENSADOS PARA USTED.

Gracias por pedir información sobre nuestros planes Memorial Hermann Medicare *Advantage* HMO, los únicos planes de Medicare Advantage con el apoyo de Memorial Hermann Health System, un nombre de confianza en Houston.

Con la mayoría de los planes Memorial Hermann *Advantage* HMO, usted obtendrá todos sus beneficios de Medicare Original y otros beneficios, como cobertura para medicamentos con receta (Parte D); cobertura dental, de la vista y de la audición; beneficios de fitness, y también acceso a servicios de telesalud y mucho más.

Además, podrá coordinar la atención con más de 6,000 médicos, especialistas, centros y servicios de atención médica afiliados, que están disponibles en la red del plan Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Su salud es importante para nosotros, y estamos orgullosos de ofrecerle distintas opciones de planes de Medicare Advantage que le dan la cobertura integral que necesita con la atención local de alta calidad que se merece.

Para obtener más información, visítenos en **mhhp.org/ma-kit** o llámenos al **855.616.3222** (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, para hablar con un consejero de Memorial Hermann *Advantage* hoy mismo.

# EMPECEMOS

## ¿Es nuevo en Medicare?

**Elegibilidad**
Usted es elegible para Medicare Original si es ciudadano legal de EE. UU., es mayor de 65 años, tiene una discapacidad que haga que califique o tiene una enfermedad renal en etapa terminal.

**Entienda los aspectos generales**
Hay cuatro partes de Medicare (A, B, C y D), y cada una de ellas ofrece un tipo específico de cobertura de atención médica.

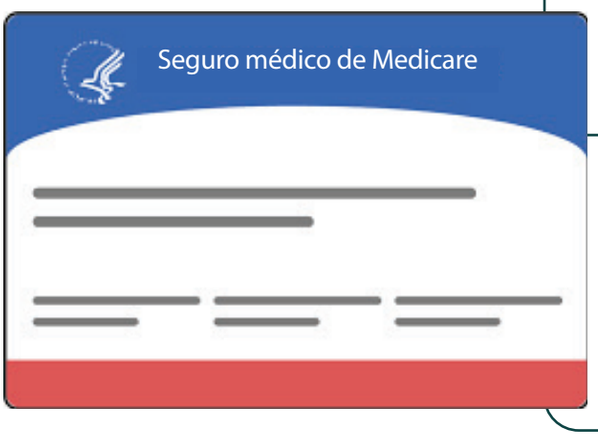
**¿Qué es Medicare Advantage?**
Medicare Advantage, también conocida como la Parte C, es una cobertura médica que se ofrece mediante un plan médico privado. Los planes de Medicare Advantage suelen incluir las Partes A, B y D, y otros beneficios médicos, como asignaciones para la visión y la audición.

**Sepa cuándo debe inscribirse**
La inscripción en Medicare Original no es automática. Para evitar una penalización, asegúrese de inscribirse en el plazo de inscripción que le corresponda.

## ¿Ya tiene Medicare?

**Revise su plan médico actual**

Evalúe su plan médico actual y haga cambios si ya no se ajusta a sus necesidades de atención médica.




**Sepa las fechas importantes**

Hay un período determinado en que se le permite hacer cambios en su cobertura médica actual.

# CONOZCA SUS OPCIONES DE COBERTURA

Hay dos opciones principales de cobertura para las personas elegibles para Medicare. El costo y la cobertura son diferentes para cada opción, por lo que es importante que identifique el nivel de cobertura integral que usted quiere para que se ajuste a sus necesidades de salud, presupuesto y estilo de vida.

## PASO 1:

### INSCRÍBASE EN MEDICARE ORIGINAL

#### PARTE A

**AYUDA A CUBRIR:**

Estancias en el hospital
Centro de enfermería especializada
Atención de hospicio
Servicios de rehabilitación

+

#### PARTE B

**AYUDA A CUBRIR:**

Visitas al médico
Servicios para pacientes ambulatorios
Servicios de ambulancia
Equipo médico

## PASO 2:

### SI ES NECESARIO, ELIJA UNA COBERTURA ADICIONAL

**OPCIÓN 1:**

Agregue uno o más de estos planes para complementar sus beneficios de Medicare Original

**PARTE D**
Ayuda a cubrir los medicamentos con receta y se ofrece mediante compañías privadas.

o

**MEDIGAP O PLANES COMPLEMENTARIOS**
Ayudan a cubrir algunos o todos los costos que no están cubiertos por las Partes A y B.

**OPCIÓN 2:**

*Cambie a un* plan de Medicare Advantage (MA) para obtener beneficios que no estén cubiertos por Medicare Original

**PARTE C**
Los planes MA combinan las Partes A y B.

**PARTE D**
La mayoría de los planes también cubren los medicamentos con receta.

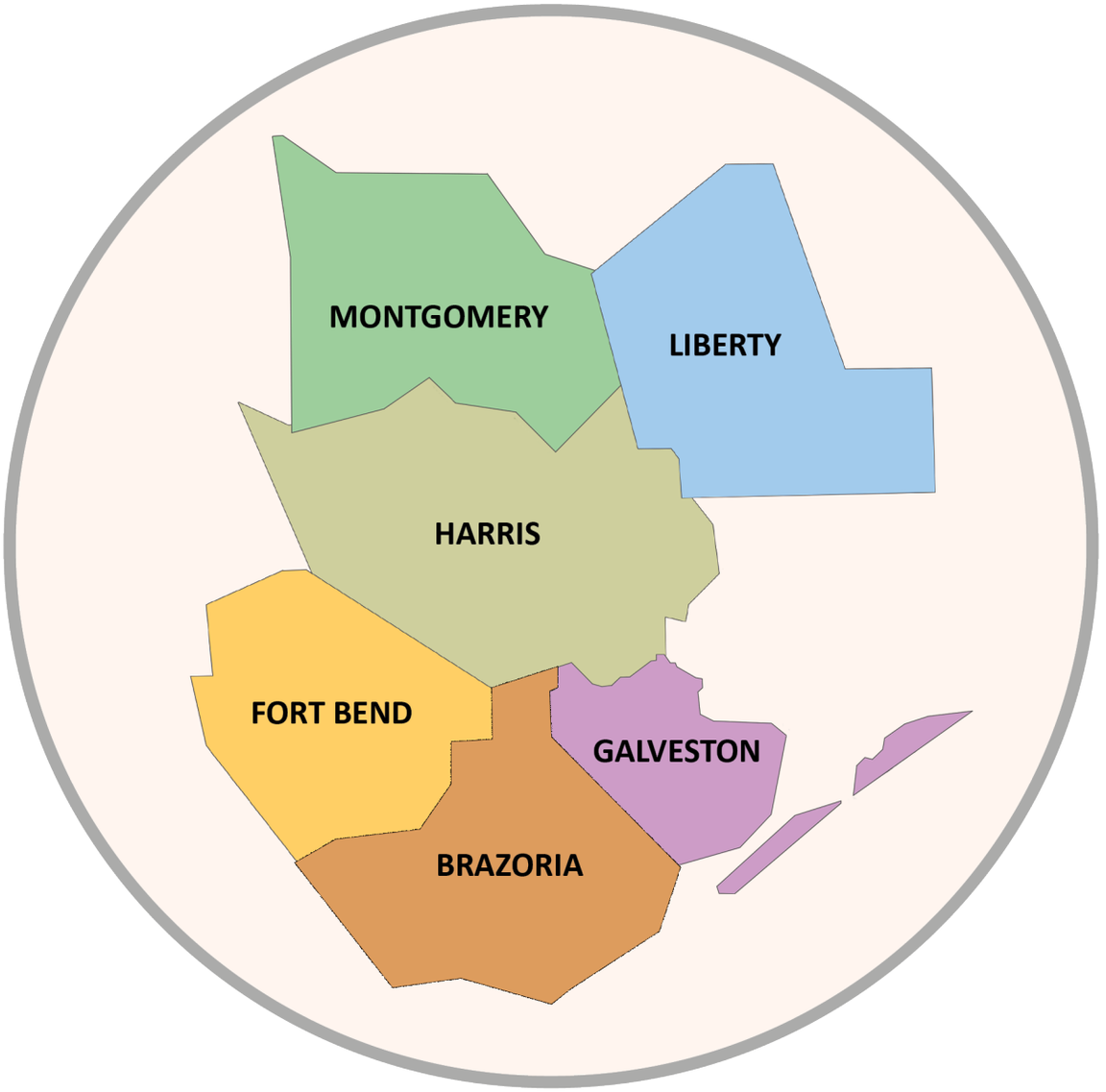
**OTROS BENEFICIOS**
Algunos planes incluyen beneficios dentales, de la visión y de la audición, incentivos de fitness y más.

# ¿POR QUÉ ELEGIR MEMORIAL HERMANN MEDICARE *ADVANTAGE*?

Tomar una decisión sobre la cobertura de seguro de Medicare puede ser abrumador, pero no tiene por qué ser así. Ahora puede elegir un plan con apoyo de Memorial Hermann Health System, que ofrece el mismo compromiso y los mismos altos estándares de atención que conocen los residentes de Houston y en los que confían desde hace más de 100 años.

Si actualmente tiene Medicare Original, o Medicare Original combinado con Medigap u otro plan complementario, un plan de Medicare Advantage podría permitirle ahorrar dinero y ofrecerle más beneficios. Podemos ayudarlo a revisar sus opciones para que encuentre el plan que se ajuste mejor a sus necesidades.

El plan Memorial Hermann *Advantage* HMO se está ofreciendo a residentes elegibles para Medicare que viven en los siguientes condados:



# UNA COBERTURA CON LA QUE PUEDE CONTAR

Cuando elige un plan Memorial Hermann *Advantage* HMO, obtiene cobertura médica totalmente conectada con su atención en el área del Gran Houston. Esto significa que los médicos participantes, Memorial Hermann Health System y su plan de Medicare estarán todos en el mismo equipo, trabajando juntos y de forma exclusiva para usted.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *17** | *Hospitales* | *+70* | *Centros de grupos médicos* | *+50* | *Centros especializados y atención de urgencia* | *+6K* | *Proveedores afiliados* |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Acute-Care Hospitals | 7 | Joint Centers | 1 | Physicians at Sugar Creek |
| 8 | Breast Centers | 55 | Memorial Hermann Medical Group | 10 | School-Based Health Centers |
| 8 | Cancer Centers | 1 | Memorial Hermann \| Rockets Orthopedic Hospital | 32 | Sports Medicine & Rehabilitation |
| 1 | Children's Memorial Hermann Hospital | 1 | Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy | 21 | Surgery Centers |
| 4 | Children's Memorial Hermann Pediatrics | 19 | Memorial Hermann-GoHealth Urgent Care Centers | 2 | Surgical Hospitals |
| 7 | Convenient Care Centers | 3 | Mental Health Crisis Clinics | 1 | TIRR Memorial Hermann |
| 8 | Freestanding Emergency Centers | 4 | Mischer Neuroscience Associates | 7 | TIRR Memorial Hermann Outpatient Rehabilitation |
| 4 | Heart & Vascular Institutes | 1 | Mischer Neuroscience Institute | 1 | University Place |
| 26 | Imaging Centers | 3 | Neighborhood Health Centers | 2 | Women's Memorial Hermann Hospitals |
| 6 | Rockets Sports Medicine Institutes | 2 | Occupational Medicine Clinics | | |

**256 Care Delivery Sites**

*Memorial Hermann Health System owns and operates 14 hospitals and has joint ventures with three other hospital facilities, including Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony, Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood and Memorial Hermann Rehabilitation Hospital-Katy.

TIRR is a registered trademark of TIRR Foundation.

4409382-5/23

# ELIJA EL PLAN QUE MÁS LE CONVENGA

Los planes Memorial Hermann *Advantage* HMO asequibles ofrecen todos los beneficios de Medicare Original y más. Entre los aspectos más destacados del plan están:

| Beneficios y características | Medicare Original | Memorial Hermann *Advantage* HMO |
|---|---|---|
| Prima mensual del plan[1] | $0 | $0 |
| Copago por médico de atención primaria (PCP) | No | $0 |
| Copago por especialistas dentro de la red (sin necesidad de una remisión) | Debe pagar el 20 % | $15 |
| Cobertura para medicamentos con receta (Parte D), sin costo adicional | No | Copago de $0 medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y medicamentos genéricos no preferidos de Nivel 2 |
| Copago para medicamentos genéricos preferidos de nivel 1 mediante pedidos por correo, suministro para 90 días | No | $0 |
| Máximo de gastos de bolsillo | No | $2,950 |
| Copago por visita de atención de urgencia | No | $20 |
| Opciones de atención virtual, como Teladoc | No | Sí |
| Membresía de gimnasio sin costo (con Fitbit opcional) | No | Sí |
| Programa de bienestar Healthy Advantage | No | Hasta $180 en recompensas con tarjetas de regalo por pruebas médicas de rutina |
| Tarjeta de gastos flexibles[2] | No | Sí |
| Beneficios dentales | No | $3,000 de cobertura integral |
| Visión y audición (la tarjeta Flex cubre el costo) | No | $1,500 |
| Productos de venta sin receta (la tarjeta Flex cubre el costo) | No | $150 por trimestre |
| Beneficio de transporte | No | (20) traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la atención médica al año |
| Beneficio de comidas | No | (10) comidas después de un ingreso como paciente hospitalizado |
| Subsidio para comestibles (la tarjeta Flex cubre el costo) | No | $500 (si Administración de casos lo aprueba) |

# ¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME?

## Período de inscripción inicial en la cobertura (ICEP)

Inscríbase cuando sea elegible para Medicare por primera vez. Usted es elegible para inscribirse 3 meses antes de cumplir 65 años, el mes en que los cumpla o 3 meses después de haberlos cumplido. Si no se inscribe en Medicare en el período de inscripción inicial, es posible que le cobren una penalización por inscripción tardía.

3 meses antes de cumplir 65 años | Mes del cumpleaños | 3 meses después de cumplir 65 años

## Período de elección anual (AEP)

Durante el período de elección anual, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage, cambiar de un plan de Medicare Advantage a otro, o volver a tener solo Medicare Original con un plan PDP. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.

| Ene. | Feb. | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 15 de octubre - 7 de diciembre | | |

## Período de inscripción abierta (OEP)

Si ya tiene un plan de Medicare Advantage, el período de inscripción abierta le da la oportunidad de volver a Medicare Original o de cambiar a un plan de Medicare Advantage diferente, dependiendo de la cobertura que más le convenga.

| Ene. | Feb. | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 de enero - 31 de marzo | | | | | | | | | | | |

## Período de inscripción especial (SEP)

Puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage cuando pasen ciertas cosas en su vida, incluyendo cambio de domicilio, emergencias declaradas por la FEMA, pérdida de la cobertura o cuando termine la cobertura de su empleo.

Para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicare y los períodos de inscripción, visite **Medicare.gov.**

# ¿NECESITO UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE?

Medicare puede ser confuso, y es importante que conozca todas sus opciones de cobertura. Antes de elegir un plan de Medicare, analice las preguntas de abajo:

| | SÍ | NO |
|---|---|---|
| ¿Tengo/tendré las Partes A y B de Medicare? | ☐ | ☐ |
| ¿Tengo/tendré que tomar medicamentos con receta? | ☐ | ☐ |
| ¿Necesito/necesitaré cobertura dental, de la audición o de la visión? | ☐ | ☐ |
| ¿Sigue/seguirá cubriendo mis necesidades mi cobertura médica actual? | ☐ | ☐ |
| ¿Quiero un enfoque proactivo para manejar mi salud y mi bienestar? | ☐ | ☐ |

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

# LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ANTES DE LA INSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión para inscribirse, es importante que entienda completamente los beneficios y las reglas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicio al cliente llamando al **855.645.8448** (TTY 711).

## Entienda los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se mencionan en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente los servicios para los que usted consulta habitualmente a un médico. Visite **mhhp.org/ma** o llame al **855.645.8448** (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tenga que elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para los medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Entienda las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no están en el Directorio de proveedores).

# ¿CUÁL ES MI PRÓXIMO PASO?

Si tiene preguntas, necesita más información o está listo para inscribirse, estamos aquí para ayudarlo en cada etapa del proceso.

## TELÉFONO

Hable con un consejero de Memorial Hermann *Advantage* para obtener más información o, si ya estálisto, para inscribirse fácilmente por teléfono. Llámenos al **855.616.3222** (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro.

## VIRTUAL

Por su comodidad, pida una visita virtual con un consejero de Memorial Hermann *Advantage,* sin obligación de inscribirse. Llame al **855.616.3222** (TTY 711) para programar la visita.

## EN PERSONA

Programe una consulta individual con un consejero de Memorial Hermann *Advantage* en la comodidad de su casa (siguiendo las directrices de los CDC y las precauciones establecidas por su seguridad). Llame al **855.616.3222** (TTY 711) para programar la consulta.

## EN LÍNEA

Visite **mhhp.org/ma** para obtener más información sobre nuestros planes, para inscribirse en los webinarios/seminarios disponibles o para inscribirse en línea de forma segura.

## ASISTENCIA A SEMINARIOS

Reserve su lugar en un seminario de Medicare Advantage para obtener más información sobre las opciones que tiene cerca de usted. Regístrese en **mhhp-medicare.com/seminars.**

## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

- ✓ Complete la información como aparece en su tarjeta de Medicare
- ✓ Verifique que toda la información proporcionada sea correcta y responda todas las preguntas
- ✓ Asegúrese de que su dirección de residencia permanente sea correcta
- ✓ Elija con detenimiento el plan que más le convenga
- ✓ Proporcione el nombre de su médico de atención primaria (PCP)
- ✓ Firme y feche claramente donde se indica
- ✓ Comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* si necesita ayuda

**Texto en varios idiomas**
**Servicios de intérpretes de varios idiomas**

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

# Multi-Language Insert

**Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-645-8448. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-645-8448. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-645-8448。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-645-8448。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-645-8448. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-645-8448. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-645-8448 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-645-8448. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-645-8448번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-645-8448. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:**
إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم . سيقوم شخص ما يتحدث العربية1-558-546-8448بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على .
مجانية

**Hindi:** हमारे सवा य या दवा की योजना के बारे आपके किसी भी पर न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफत दुभाषिया सेवाएँ उपल . एक दुभाषिया परापत करने के लिए, बस ह 1-855-645-8448 पर फोन क . कोई वयक्ति जो हिनदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफत सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-645-8448. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-645-8448. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-645-8448. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-645-8448. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と 薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-645-8448にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Los beneficios y las características varían según el plan. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llámenos al 855.616.3222 (TTY 711) para obtener más información.

[1] Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

[2] La tarjeta Flex se puede usar para cubrir costos relacionados con la visión, la audición, productos OTC y comestibles cuando corresponda. Se podría agregar un beneficio de $500.00 para comestibles a la Flex Card (una vez por cada año de beneficios) cuando concluya con éxito un Programa de administración de casos. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA.

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

Memorial Hermann *Advantage* cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Para obtener adaptaciones para personas con necesidades especiales en las reuniones, llame al 855.645.8448 (TTY 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855.616.3222 (TTY 711).

Copyright © 2023 Memorial Hermann. Todos los derechos están reservados.

H7115_MKSInfoKitHMO24_M Aprobado por CMS el 9/6/2023

**mhhp.org/ma-kit**

**855.616.3222** *(TTY 711)*
*8 a.m. to 8 p.m. CT*

MEMORIAL HERMANN®
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

MEMORIAL HERMANN
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

# RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2024

Memorial Hermann
Medicare *Advantage* HMO

# 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, 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 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 | **$0** al mes<br>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| Deducible | **$0** de deducible para gastos médicos |
| Deducible de la Parte D | **$0** de deducible para medicamentos recetados de la Parte D |
| Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo *(no incluye medicamentos recetados)* | No paga más de **$2,950** al año.<br>Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año. |
| **Servicios para pacientes hospitalizados** | |
| Estancia para paciente hospitalizado<br><br>**Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | **$350** de copago |
| **Servicios de hospital para paciente ambulatorio** | |
| Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) | **$125** de copago |
| Operación de pacientes ambulatorios | **$150** de copago |
| Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio<br><br>**Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | **$200** de copago |
| **Consultas con médicos** | |
| Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) | **$0** de copago |
| Especialistas (no se necesita remisión) | **$15** 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 **Memorial Hermann**<br>https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit | **$0** de copago |
| Visitas virtuales exclusivamente mediante **Teladoc** | **$0** de copago |

| Resumen de beneficios | Lo que usted pagará |
|---|---|
| **Atención preventiva** | |
| ○ Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal<br>○ Visita de bienestar anual<br>○ Medición de masa ósea<br>○ Evaluación de cáncer de mama<br>○ Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años<br>○ Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal<br>○ Evaluación de cáncer colorrectal<br>○ Pruebas de detección de depresión<br>○ Pruebas de detección de diabetes<br>○ Evaluación de hepatitis C<br>○ Pruebas de detección del VIH<br>○ Evaluación de cáncer de pulmón<br>○ Terapia de nutrición médica<br>○ Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)<br>○ Evaluación y terapia de la obesidad<br>○ Detección de cáncer de próstata<br>○ Evaluación y orientación para reducir el uso indebido de alcohol<br>○ Evaluación de infecciones de transmisión sexual (sexually trasmitted infections, STI)<br>○ Orientación para dejar de fumar<br>○ Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía<br>○ Visita preventiva “Welcome to Medicare” (Bienvenido a Medicare) | **$0** de copago<br><br>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<br>Este copago no se aplica si lo hospitalizan en un plazo de 48 horas. |
| Atención de emergencia en todo el mundo | **$125** por visita<br>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 |
|---|---|
| **Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes** | |
| Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare | **$25** de copago por prueba o procedimiento de diagnóstico |
| Servicios de laboratorio | **$0** de copago por servicios de laboratorio |
| Radiografías | **$0** de copago para radiografías |
| Servicios complejos de diagnóstico por imágenes (MRI, CT, PET)<br><br>**Se necesita una autorización previa para algunos servicios.** | **$150** de copago por prueba/servicio |
| **Servicios de audición** | |
| Examen auditivo anual cubierto por Medicare | **$20** de copago |
| Examen auditivo de rutina hecho por PCP | **$0** de copago para el examen básico de audición y equilibrio |
| Examen de audición hecho por un audiólogo | **$0** de copago para el examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio |
| Aparatos auditivos<br>*(Cantidad del beneficio combinado con servicios de la vista) | Asignación total anual de **$1,500*** para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados |
| **Servicios dentales** | |
| **Beneficio máximo anual del plan de $3,000** | |
| **<u>Servicios preventivos</u>**<br>o Examen bucal (2 por año del plan)<br>o Profilaxis (limpiezas) (2 por año del plan)<br>o Radiografías (2 por año del plan)<br>o Tratamientos con fluoruro (2 por año del plan) | **$0** de copago para servicios preventivos de un proveedor de la red<br><br>**20%** de coseguro para servicios preventivos de un proveedor que no es de la red |
| **<u>Servicios integrales</u>**<br>o Diagnóstico<br>o Restauración (empastes, puentes)<br>o Periodoncia (raspado, alisado radicular)<br>o Endodoncia (tratamiento radicular)<br>o Extracciones<br>o Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)<br>o Otra operación oral/maxilofacial<br>o Otros servicios<br>o Servicios que no son de rutina | **$20** de copago por visita por cada servicio integral cubierto por Medicare<br><br>**$0** de copago por servicios de diagnóstico dentro de la red, o **20%** de coseguro del costo por servicios de diagnóstico fuera de la red<br><br>**$8 - $200** de copago por servicios restaurativos dentro de la red, o **50%** de coseguro por servicios fuera de la red<br><br>**$5 - $183** de copago por servicios de periodoncia dentro de la red, o **50%** de coseguro por servicios fuera de la red |

| Resumen de beneficios | Lo que usted pagará |
|---|---|
| **Servicios dentales (continuación)**<br><br>Los beneficios dentales los da Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite el sitio web en: https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist<br><br>**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.** | **$9 - $331** de copago por servicios de endodoncia dentro de la red, o **50%** de coseguro por servicios fuera de la red<br><br>**$22 - $94** de copago por servicios de extracción dentro de la red, o **50%** de coseguro por servicios fuera de la red<br><br>**$4 - $1,027** de copago por prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios dentro de la red o **50%** de coseguro por servicios fuera de la red<br><br>Los copagos por servicios no rutinarios dentro de la red 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 | **$20** de copago |
| Exámenes de rutina de la vista | **$0** de copago |
| Evaluaciones de glaucoma | **$0** de copago para una evaluación anual |
| Evaluaciones de retinopatía diabética para diabéticos | **$0** de copago para una evaluación anual |
| Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas)<br>*(Cantidad del beneficio combinado con servicios de audición) | Beneficio total anual de **$1,500*** para anteojos o lentes de contacto |
| **Servicios de salud mental/abuso de sustancias** | |
| Atención de salud mental para pacientes hospitalizados | **$350** de copago por estancia |
| Terapia individual para pacientes ambulatorios o sesión de terapia grupal con un proveedor que no sea médico | **$0** de copago |
| Terapia individual ambulatoria o sesión de terapia grupal con un psiquiatra | **$15** de copago |
| Programa de tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios | **$20** de copago |

| Resumen de beneficios | Lo que usted pagará |
|---|---|
| **Servicios de salud mental/abuso de sustancias (continuación)** | |
| Programa de tratamiento de opioides para pacientes hospitalizados | **$350** de copago por estancia |
| Visita ambulatoria por abuso de sustancias | **$25** de copago |
| **Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | |
| **Centro de enfermería especializada** | |
| Días 1 al 20 | **$0** de copago |
| Días 21 al 100 | **$125** de copago/día |
| **Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | |
| **Servicios de rehabilitación** | |
| Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje | **$20** de copago |
| Servicios de rehabilitación cardíaca | **$20** de copago |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | **$20** de copago |
| Atención quiropráctica<br>Manipulación de la columna para corregir una subluxación | **$20** de copago |
| Acupuntura<br>Para el tratamiento del dolor lumbar crónico | **$20** de copago |
| **Ambulancia** | |
| Ambulancia terrestre (solo ida) | **$250** de copago |
| 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 |

| Resumen de beneficios | Lo que usted pagará |
|---|---|
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare** | |
| Quimioterapia/Medicamentos de radiación | **20%** del costo |
| Otros medicamentos de la Parte B | **20%** del costo |
| **Se podría exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B.** | **20%** del costo hasta un máximo de **$35** por un suministro de insulina para un mes dado por un proveedor de DME. |
| **Terapia de infusión en casa** | |
| Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones<br><br>**Se podría exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.** | **20%** de coseguro |
| **Atención médica en casa** | |
| Visita de salud en casa cubierta por Medicare | **$0** de copago |
| Cuidados paliativos en casa<br><br>**Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | **$0** de copago |
| **Servicios y suministros para diabéticos** | |
| 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)<br>**Todas las demás marcas están excluidas.** |

| Resumen de beneficios | Lo que usted pagará |
|---|---|
| **Equipo médico duradero (DME)** | |
| 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. | **20%** de coseguro |
| Pelucas para pacientes de quimioterapia<br><br>**Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | **$0** de copago |
| **Hospicio** | |
| Los servicios cubiertos incluyen medicamentos para el control de los síntomas y analgésicos, cuidado de relevo a corto plazo y atención en casa.<br><br>**Pueden aplicarse reglas de autorización previa.** | Está cubierto |
| **Servicios telefónicos/virtuales** | |
| Visitas virtuales mediante médicos de atención primaria | **$0** de copago |
| Visitas virtuales de especialistas | **$15** de copago |
| Servicios que se necesitan con urgencia | **$20** de copago |
| Sesiones individuales y de grupo para:<br>• Servicios especializados de salud mental<br>• Servicios psiquiátricos<br>• Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios | <br>**$0** de copago<br>**$15** de copago<br>**$25** de copago |
| Visita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann** https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit | **$0** de copago |
| Visita telefónica 24/7 disponible por medio de **Teladoc**. Puede inscribirse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com/. | **$0** de copago |

| Resumen de beneficios | Lo que usted pagará |
|---|---|
| **Programa de premios de bienestar Healthy Advantage** | |
| Complete las siguientes actividades para ganar premios:<br>• Evaluación anual de riesgos para la salud<br>• Visita de bienestar anual<br>• Evaluación de cáncer de mama<br>• Evaluación de cáncer de colon<br>• Examen de la retina | Gane hasta **$180** en premios de tarjetas de regalo para bienes y servicios aprobados por CMS. |
| **Comidas** | |
| Comidas dadas inmediatamente después del alta del paciente hospitalizado. | Hasta **10** comidas entregadas por el alta hospitalaria |
| **Artículos de venta libre (OTC)** | |
| 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 no se acumulan al siguiente trimestre. | Asignación máxima de **$150** por trimestre |
| **Comida y productos agrícolas (comestibles)** | |
| El Plan da un beneficio anual para comida y productos agrícolas aprobados 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**<br>Los servicios de la audición y de la vista tienen una asignación anual combinada para gastar según sea necesario en anteojos o aparatos auditivos. | Asignación combinada anual de **$1,500** |
| **Artículos de venta libre (OTC)**<br>El beneficio de OTC es cada tres (3) meses para los artículos aprobados por CMS. Los fondos no usados al final del trimestre no se acumulan al siguiente trimestre. | **$150** de asignación trimestral |
| **Beneficio de comestibles**<br>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. | Asignación anual de **$500** |

| 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:<br>• ayudar a comprender un nuevo diagnóstico y cómo manejarlo;<br>• encontrar un nuevo proveedor dentro de la red; y<br>• 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<br><br>Con formas nuevas y divertidas de ponerse en forma y mantenerse saludable, el programa Silver & Fit incluye:<br>o 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.<br>o Kits Silver & Fit Home Fitness, si no puede ir a un gimnasio o prefiere hacer ejercicio en casa.<br>o Planes de entrenamiento para ayudarle a comenzar o continuar una rutina de ejercicios.<br>o Videos de ejercicios a pedido para todos los niveles de condición física en el sitio web de Silver&Fit.<br>o El Club del Bienestar para clases y eventos virtuales en vivo y recursos exclusivos.<br>o El boletín de Silver Slate® 4 veces al año.<br>o El sitio web de Silver&Fit. Una línea directa gratis para responder preguntas sobre el programa.<br><br>Se debe utilizar un club de fitness contratado disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.<br><br>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**.

| **Cobertura inicial** | **Venta al por menor: costo compartido** (Dentro de la red) (Suministro para 30 días) | **Venta al por menor: costo compartido** (Dentro de la red) (Suministro para 90 días) | **Pedidos por correo: costo compartido** (Suministro para 90 días) por medio de **Costco** |
|---|---|---|---|
| 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.

MEMORIAL HERMANN Health Plan

Medicare *Advantage* Plans

H7115_PDSSBHMO00124_M CMS Accepted 09/23/2023

Copyright © 2023 Memorial Hermann. Todos los derechos están reservados.

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

OMB n.° 0938-1378
Vencimiento: 7/31/2024

# MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un Plan Medicare Advantage o un Plan de medicamentos con receta de Medicare.

**Para inscribirse en un plan, usted debe:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** para inscribirse en un Plan Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Se puede inscribir en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura comenzando el 1 de enero)
- En los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y teléfono

**Nota:** debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

## Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Memorial Hermann *Advantage*
P.O. Box 19909
Houston, TX 77224-1909

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
**En español:** llame a Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites burocráticos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE**

**No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

**Normalmente, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicare para medicamentos con receta solo durante el Período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Plan de Medicare para medicamentos con receta fuera del período anual de inscripción.

Si se está inscribiendo fuera del Período anual de inscripción (AEP), lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla, si la declaración se aplica a su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, es elegible para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que le cancelen la inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.
- ☐ Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte fecha)_____.
- ☐ Salí recientemente de la cárcel. Salí el (inserte fecha)_____.
- ☐ Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (inserte fecha)_____.
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de permanencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (inserte fecha)_____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (inserte fecha)_____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda de más para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la Ayuda de más por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda de más o perdí la Ayuda de más) el (inserte fecha)_____.
- ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la Ayuda de más para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- ☐ Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera de un centro el (inserte fecha)_____.

☐ Recientemente salí de un Programa PACE el (inserte fecha)_____.

☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (prácticamente, como si fuera Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (inserte fecha) _____.

☐ Saldré de la cobertura del empleador o del sindicato el (inserte fecha)_____.

☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que presta mi estado.

☐ Mi plan está finalizando su contrato con Medicare o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.

☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte fecha)_____.

☐ Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (inserte fecha)_____.

☐ Resulté afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Abrimos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

**Seleccione el plan en el que se quiere inscribir:**

☐ *Advantage* HMO, $0 al mes
☐ *Advantage* Golden Triangle HMO, $0 al mes
☐ *Dual Advantage* HMO D-SNP, $0 al mes
☐ Prime Value MA Only HMO, $0 al mes

| Primer nombre: | Apellido: | Inicial del segundo nombre (opcional): | |
|---|---|---|---|
| Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / / | Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino | Teléfono celular: ( ) | Número alternativo (si no tiene celular): ( ) |
| Dirección física de residencia permanente (no escriba un P.O. Box): | | Correo electrónico: | |
| Ciudad: | Condado: | Estado: | Código postal: |

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite P.O. Box):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

### Su información de Medicare:

**Número de Medicare:** _____

### Responda estas preguntas importantes:

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No Número de Medicaid: _____

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Memorial Hermann *Advantage*? ☐ Sí ☐ No

| Nombre de la otra cobertura: | Número de miembro para esta cobertura: | Número de grupo para esta cobertura: |
|---|---|---|
| | | |

### IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo conservar tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Memorial Hermann *Advantage*.
- Inscribiéndome en este Plan Medicare *Advantage* o Plan de Medicamentos con receta de Medicare, reconozco que Memorial Hermann *Advantage* compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Memorial Hermann *Advantage*, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Memorial Herman *Advantage*. Los beneficios y servicios prestados por Memorial Hermann *Advantage* y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Memorial Hermann *Advantage* (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Memorial Hermann *Advantage* pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida.

| **Firma:** | **Fecha de hoy:** |
|---|---|

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

OMB n.° 0938-1378
Vencimiento:7/31/2023

| Nombre: | Dirección: |
|---|---|
| Teléfono: | Relación con el afiliado: |

Nombre del miembro del personal/agente/bróker (si ayudó en la inscripción): _____
Id. del agente/bróker: _____

## Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.

**Responder a estas preguntas queda a su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.**

¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ No, no de origen hispano, latino ni español
- ☐ Si, puertorriqueño
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ **Elijo no responder.**
- ☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- ☐ Sí, cubano

¿De qué raza es? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ Chino
- ☐ Japonés
- ☐ Otro asiático
- ☐ Vietnamita
- ☐ **Elijo no responder.**
- ☐ Asiático indio
- ☐ Filipino
- ☐ Coreano
- ☐ De otras islas del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Nativo hawaiano
- ☐ Samoano

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- ☐ Español

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐Letra grande ☐CD de audio

Comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Mencione su Médico de atención primaria (PCP) y el lugar de su consultorio O Centro médico y lugar del consultorio:

Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. Seleccione uno o más.

- ☐ Directorio de proveedores y farmacia
- ☐ Comunicaciones para miembros

## Pago de sus primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito cada mes. **También puede optar por pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta otra cantidad además de la prima de su plan.** Generalmente, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Memorial Hermann *Advantage* la Parte D-IRMAA.

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

MEMORIAL HERMANN Health Plan

MEDICARE *ADVANTAGE* PLANS

**Beneficio de artículos de venta libre (OTC)**

# Productos para el bienestar personal

Los miembros de Memorial Hermann Health Plan pueden obtener **productos sanitarios por un valor de hasta $30** cada trimestre. Los miembros usan el beneficio para pedir artículos como dispositivos de ayuda para la movilidad, prendas de compresión, productos para la incontinencia, pasta dentífrica, lociones, limpiadores y mucho más, de marcas conocidas como CURAD®, Biotene® y Remedy®.

**Elija entre cientos de artículos de alta calidad en las siguientes categorías:**

- Cuidado bucal
- Soportes ortopédicos
- Primeros auxilios
- Atención médica domiciliaria
- Cuidado de la pierna y el pie
- Cuidado de la piel

## Servicio amable y confiable

Tenemos representantes de atención al cliente expertos que pueden responder sus preguntas por teléfono, en línea o por correo.

### Tres formas fáciles de hacer el pedido:

**Por teléfono**

**833-511-9844**

**En línea**

**https://athome.medline.com/mhhp**

**Por correo**

Enviamos sus productos directamente a su casa sin costo adicional.

Auspiciado por:

LiveWell™ OTC Benefits Solution

© 2022 Medline Industries, LP. Todos los derechos reservados. Medline es una marca registrada de Medline Industries, LP. MKT19W3604527/ e20511/79 Memorial Hermann *Advantage* cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. H7115_MKSMdlnFlyr23_M CMS aceptado 9/16/2022

Silver&Fit.

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

# *Flexibilidad y opciones en fitness*

El programa Silver&Fit® tiene Something for Everyone®. Los miembros elegibles pueden disfrutar de herramientas y opciones como:

## Opciones de red de fitness

Puede unirse a un centro fitness participante o YMCA válido, muchos de ellos con clases de ejercicios para adultos mayores. También tiene acceso a centros premium, incluyendo centros de fitness, estudios y experiencias de acondicionamiento físico exclusivas por el precio del aumento de categoría.*

## Kits de fitness en casa

Puede elegir un kit por año de beneficio. Elija entre las opciones de dispositivo con registro de fitness portátil, paseos/senderismo, pilates, fuerza, natación y yoga.**

## Registro de fitness

Puede sincronizar su registrador de fitness portátil o su aplicación móvil con la herramienta Silver&Fit Connected!™ para registrar su actividad y obtener recompensas como gorras y pines.***

## Videos de ejercicios a pedido

Puede ver videos de ejercicios de yoga, fuerza, pilates, caminata, cardio y muchos otros más en SilverandFit.com.

## Planes de ejercicio

Respondiendo a unas cuantas preguntas en línea sobre su nivel de fitness y sus objetivos, podrá acceder a ejercicios que lo ayudarán a iniciar o continuar una rutina de ejercicio.

## Club de bienestar

Puede aprender nuevas técnicas y centrarse en su bienestar conectando con otras personas, uniéndose a clases virtuales y eventos en vivo, y viendo artículos y videos exclusivos.

---

Si tiene preguntas, llame a Memorial Hermann Health Plan al 855.645.8448 (TTY/TDD: 711).
1 de octubre - 31 de marzo: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro, los 7 días de la semana.
1 de abril - 30 de septiembre: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro, de lunes a viernes.

TELADOC®

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

# ¡Ya tiene Teladoc!

## Consulte a un médico por teléfono o video, desde cualquier lugar y en cualquier momento.

**Configure su cuenta hoy para hablar con un médico matriculado de EE. UU. en relación con afecciones médicas que no sean de emergencia, como gripe, infecciones sinusales, bronquitis y mucho más.**

### Crear cuenta

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) para crear una cuenta y completar la historia clínica

### Consulte a un médico

Seleccione un horario y un médico de Teladoc se comunicará con usted

### Comience a sentirse mejor

El médico analizará los síntomas y enviará una receta, si es necesario.

## Consulte con un médico por solo gratis por visita

Visite Teladoc.com

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) | Descargar la aplicación

This information is not a complete description of benefits. Contact the plan for more information. Limitations, copayments, and restrictions may apply. Benefits, premiums and/or co-payments/co-insurance may change on January 1 of each year. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.855.645.8448 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.855.645.8448 (TTY: 711). Memorial Hermann Advantage complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex© 2021 Teladoc Health, Inc. All rights reserved. Teladoc and the Teladoc logo are registered trademarks of Teladoc, Inc. and may not be used without written permission. Teladoc does not replace the primary care physician. Teladoc does not guarantee that a prescription will be written. Teladoc operates subject to state regulation and may not be available in certain states. Teladoc does not prescribe DEA controlled substances, non-therapeutic drugs and certain other drugs which may be harmful because of potential for abuse. Teladoc physicians reserve the right to deny care for potential misuse of services. © 2021 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc 10X-101_413370312_11062019
Memorial Hermann *Advantage* complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

H7115_MKSTldcSpan22_C IA 9/10/2021

# INFORMACION IMPORTANTE:

## Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

## Memorial Hermann Health Plan - H7115

**En el 2024, Memorial Hermann Health Plan - H7115 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:**

| | |
|---|---|
| **Calificación general por estrellas:** | ★★★☆☆ |
| **Calificación de los Servicios de Salud:** | ★★★☆☆ |
| **Calificación de los Servicios de Medicamentos:** | ★★★½☆ |

**Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.**

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.**

| | |
|---|---|
| ★★★★★ | EXCELENTE |
| ★★★★☆ | SUPERIOR AL PROMEDIO |
| ★★★☆☆ | PROMEDIO |
| ★★☆☆☆ | DEBAJO DEL PROMEDIO |
| ★☆☆☆☆ | DEFICIENTE |

---

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Memorial Hermann Health Plan 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central a 866-434-1282 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central. Miembros actuales favor de llamar 855-645-8448 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).