

Evidencia de cobertura para 2025

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP que ofrece Memorial Hermann Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Vea en la página 5 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 está en nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios en los beneficios o los costos que lo afecten. También puede llamar al Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si en 2025 alguno de estos medicamentos está cambiando a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Revise si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para la “Ayuda adicional” de Medicare.
- 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 en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener más ayuda, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- 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 2024, seguirá en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2025**. Con esto terminará su inscripción en Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP.
- Vea la sección 4, página 17, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en 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 medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original por dos meses completos a partir del mes en que se mude.

Más recursos

- Este documento está disponible gratuitamente en español.
- Comuníquese con Servicio al Cliente llamando 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.
- Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sea inglés, en letra de molde grande, etc.).
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en 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 que tiene 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 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
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 del máximo de gastos de bolsillo	8
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.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	15
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 – Si quiere seguir en Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP	16
Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan.....	16
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP .	19
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	20

Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla de abajo se comparan los costos de 2024 y 2025 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior a esta cantidad. Vea la sección 1.1 para obtener más información.</p> <p>Su prima mensual será de \$0 siempre que usted sea elegible para los beneficios de Medicaid.</p>	\$28.40	\$16.70
<p>Deducible</p>	<p>\$545.00</p> <p>Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted pagará \$0.</p>	<p>\$590.00</p> <p>Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted pagará \$0.</p>
<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>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</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>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>
<p>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>0-20% del costo de las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare.</p>	<p>0-20% del costo de las estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>	<p>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Vea la sección 1.5 para obtener más información).</p> <p>La cantidad de sus costos compartidos depende de su nivel de “Ayuda adicional” (también conocida como Anexo de subsidio por bajos ingresos o el Anexo LIS). 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>Deducible: \$545.00</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: (genérico preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga \$0.00. • Nivel de medicamentos 2: (genérico) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga \$0.00. • Nivel de medicamentos 3: (marca preferido) <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$0.00. <p>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: (medicamento no preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga \$0.00. 	<p>Deducible: \$590.00 excepto por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: (genérico preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga 25% de coseguro. • Nivel de medicamentos 2: (genérico) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga 25% de coseguro. • Nivel de medicamentos 3: (marca preferido) <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 25% de coseguro. <p>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: (medicamento no preferido) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga 25% de coseguro.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 5: (especializados) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga \$0.00. • Nivel de medicamentos 6: (atención selecta) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga \$0.00. <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. 	<p>Usted no paga más de \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 5: (especializado) <i>Costos compartidos estándar:</i> usted paga 25% de coseguro. • Nivel de medicamentos 6: (atención selecta) <i>Costos compartidos estándar:</i> <u>no</u> se ofrece. (La mayoría de los medicamentos del Nivel 6 se ofrecen ahora en el Nivel 1). <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
<p>Cantidad del máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>más</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea 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>\$8,850.00</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,350.00</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para la cantidad del 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	2024 (este año)	2025 (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 siempre que sea elegible para los beneficios de Medicaid.</p>	\$28.40	\$16.70

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad del máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo en el año. Este límite se llama cantidad del máximo 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.

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad del máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda de Medicaid con los copagos de la Parte A y de la Parte B, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo que se cuente para la cantidad del 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 del máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$8,850.00	<p>\$9,350.00</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350.00 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/>. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos en tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage> 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 2025* en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory> para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* lo informa 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo	\$8,500.00	\$9,350.00

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de emergencias</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 el hospital en un plazo de 48 horas).</p> <p>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>	<p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$110.00) por cada visita a la Sala de Emergencias. (El coseguro no se cobra si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas).</p> <p>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>
<p>Servicios necesarios de urgencia</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>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>	<p>Usted paga el 0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$45.00) por cada visita a Atención de Urgencia.</p> <p>El costo compartido será de \$0 siempre que esté inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare QMB+ o SLMB+ de Medicaid.</p>
<p>Comida y productos agrícolas (comestibles)</p>	<p>Se agrega un beneficio trimestral de comestibles de \$240.00 a la Tarjeta Flex. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA. Los fondos <u>no se transfieren</u> al siguiente trimestre si no se usan. <u>No se necesita</u> administración de casos.</p>	<p>Se agrega un beneficio trimestral de comestibles de \$255.00 a la Tarjeta Flex. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA. Los fondos <u>no se transfieren</u> al siguiente trimestre si no se usan. <u>No se necesita</u> administración de casos.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de 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 al Cliente (vea la cubierta de atrás) o visitando nuestro sitio web (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list>).

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener más información.

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 de costo compartido diferente. **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 de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare y que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecer la versión más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener más información.

Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca de la Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo con las mismas o menos restricciones que tenía el que se reemplaza. Además, cuando se agrega un nuevo medicamento genérico, podemos decidir dejar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o poner nuevas restricciones o ambos.

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto quiere decir, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplaza por uno biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o de obtener un suministro mensual del producto biológico original en la farmacia dentro de la red. Si está tomando un producto biológico original cuando hagamos el cambio, aún recibirá la información del cambio específico que hicimos, pero puede recibirla después del cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para las definiciones de los tipos de medicamentos, vea el Capítulo 12 de la *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información del consumidor sobre los medicamentos. Vea el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente o preguntar a su proveedor de atención médica, proveedor que receta o farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los beneficios y 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* (también llamado *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 2024, llame al Servicio al Cliente y pida el *Anexo de LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura (Coverage Gap Discount Program) dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura también lo sustituirá el Programa de Descuentos del Fabricante (Manufacturer Discount Program). En el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos cubiertos de marca y biológicos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D 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 de herpes zóster, tétanos y para viajes.</p>	El deducible es \$545.00.	El deducible es \$590.00.

Cambios en los costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>En 2024 usted hizo un copago de \$0 para los medicamentos de los niveles 1-5. En 2025 usted pagará un coseguro de 25% para los medicamentos de los niveles 1-5.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</p> <p>La cantidad de sus costos compartidos depende de su nivel de “Ayuda adicional” (también conocida como el Anexo de subsidio por bajos ingresos o el anexo LIS).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costos compartidos estándar es:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta. Su costo por una receta para un mes enviada por correo es de \$0.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por receta. Su costo por una receta para un mes enviada por correo es de \$0.</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos Usted paga \$0 por receta. Usted paga hasta \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por una receta para un mes enviada por correo es de \$0.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos Usted paga \$0 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costos compartidos estándar es:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga el 25% del costo total. Su costo por un mes de receta enviada por correo es el 25% del coseguro.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga el 25% del costo total. Su costo por un mes de receta enviada por correo es el 25% del coseguro.</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos Usted paga el 25% del costo total. Usted paga hasta \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un mes de receta enviada por correo es el 25% del coseguro.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos Usted paga el 25% del costo total.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa de cobertura inicial (continúa)</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>	<p>Usted paga hasta \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por una receta para un mes enviada por correo es de \$0.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos especializados</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p><u>No</u> está disponible el pedido por correo para los medicamentos especializados.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos de atención selecta</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <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>	<p>Usted paga hasta \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un mes de receta enviada por correo es el 25% del coseguro.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos especializados</p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><u>No</u> está disponible el pedido por correo para los medicamentos especializados.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos de atención selecta</p> <p><u>No</u> se ofrece. (La mayoría de los medicamentos del Nivel 6 se ofrecen ahora en el Nivel 1).</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000.00 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, vea la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Administrador de beneficios de farmacia (PBM)</p>	<p>Navitus Health Solutions, LLC</p> <p>Servicio al Cliente: (866) 270-3877</p> <p>Apelaciones y quejas: (866) 270-3877</p> <p>Determinación y redeterminación de cobertura: (866) 270-3877</p>	<p>Capital RX, Inc.</p> <p>Servicio al Cliente: (888) 227-7940</p> <p>Apelaciones y quejas: (888) 227-7940</p> <p>Determinación y redeterminación de cobertura: (888) 227-7940</p>
<p>Plan de pago de recetas de Medicare</p>	<p><u>No</u> corresponde</p>	<p>El Plan de Pago de Recetas de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al (855) 645-8448 o visite Medicare.gov.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B Terapia escalonada</p>	<p><u>No</u> corresponde</p>	<p>Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere seguir 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 2025, 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 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la Sección 6) o llame a Medicare (vea 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. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información de cómo hacerlo.
 - *O* llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 Plazo para cambiar 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 2025.

¿Hay otras oportunidades en el año para hacer un cambio?

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.

Porque usted tiene Medicaid de Texas (Texas Health and Human Services), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes incluyendo:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción de Medicare, puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione su Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (que tenga o no cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (que tenga o no cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en 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 (que tenga o no cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (que tenga o no un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** 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 (HHSC) de Texas llamando al (800) 252-8263, TTY (512) 424-6597. Pregunte cómo unirse a otro plan o volver a Medicare Original afecta la manera como recibe su cobertura de Medicaid de Texas.

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 una 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, 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
 - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa para la Salud Renal (Kidney Healthcare Program, KHC) de Texas y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH (SPAP) de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, 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. Para ser elegible para ADAP que opera en su estado, 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 con los costos compartidos de medicamentos con receta por medio del Programa de Medicamentos para VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP), P.O. Box 14947, MSJA-MC1873, Austin, TX 78741-9347, www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. Para obtener información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al (800) 255-1090.

- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de SPAP y ADAP, para aquellos que califiquen, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes médicos de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al (855) 645-8448 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio al Cliente al (855) 645-8448. (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas 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 2025* (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 2025. Para obtener más información, vea la *Evidencia de cobertura 2025* 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. Puede encontrar una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en <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 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 (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 calificación 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 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. 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), 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 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a la Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas (Texas Health and Human Services Commission) al (800) 252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al (512) 424-6597.

healthplan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

De 8 a. m. a 8 p. m. hora del centro, todos los días
(del 1 de octubre al 31 de marzo)

De 8 a. m. a 8 p. m. hora del centro, de lunes a viernes
(del 1 de abril al 30 de septiembre)

**MEMORIAL[®]
HERMANN**

Health Plan

Medicare Advantage Plans

Copyright © 2024 Memorial Hermann. Todos los derechos reservados.