Planes de Medicare pensados para usted.

Gracias por considerar el único plan Medicare Advantage respaldado por Memorial Hermann, sistema de salud conocido y de confianza desde hace más de 100 años.

Elegir el plan médico adecuado es una decisión importante. Estamos aquí para ayudarlo a encontrar la atención adecuada y la cobertura que mejor se adapte a su estilo de vida.

Qué esperar con un plan Memorial Hermann Advantage:

- Una amplia red de médicos dedicados a dar la mejor cobertura posible en salud y bienestar.
- Reciba atención de calidad más cerca de usted en más de 17 hospitales locales y más de 50 centros de atención de urgencia.
- Obtenga beneficios más allá del alcance del Medicare habitual, incluyendo cobertura de medicamentos, beneficios dentales y una tarjeta de gastos flexibles.
- Acceda a programas de fitness y bienestar diseñados para ayudarlo a vivir su mejor vida.

¡Estamos aquí para ayudar!

855.612.2890 (TTY 711)
De 8 a. m. a 8 p. m., CT

Índice

Acerca de Medicare 03

Beneficios e información del plan 07

Información de inscripción 17

Materiales para agentes 29

Recursos para miembros 35

Documentos legales 38

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

Acerca de Medicare

APRENDA LO BÁSICO

Original Medicare

Original Medicare incluye dos partes: La Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Original Medicare cubre la mayoría de los costos de los servicios y suministros médicos aprobados, pero no todos.

Medicare Advantage

Medicare Advantage agrupa su cobertura de la Parte A, la Parte B y, normalmente, la Parte D en un solo plan. Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que Original Medicare no cubre, como servicios de atención dental, de la vista y audición.

	Original Medicare (PARTE A+B)	Medicare Advantage (PARTE C)
Costos	Usted paga la prima de la parte B, el deducible y los coseguros	Además de la prima de la Parte B, usted paga una prima mensual baja (o ninguna) y copagos
Máximo de gastos de bolsillo	Sin límite	Límite anual
Venta libre (OTC)	✗	✓
Beneficio decomestibles	✗	✓
Audición y vista	✗	✓
Atención dental de rutina	✗	✓
Cobertura de medicamentos (PARTE D)	✗	✓
Beneficios de acondicionamiento físico y Programas de bienestar	✗	✓

TÉRMINOS CLAVE DE MEDICARE

Coseguro
Costos que usted y el plan de seguro médico pagan divididos en porcentajes.

Copago
Cantidad fija que paga en el momento de recibir un servicio cubierto.

Deducible
Cantidad que paga antes de que el plan cubra los costos de sus medicamentos con receta.

Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)
Cantidad máxima que paga durante un período de la póliza (normalmente un año). Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, su plan paga el 100 % de la cantidad permitida de los servicios cubiertos durante el resto del período de la póliza.

Prima
Cantidad fija que paga a su seguro médico o plan por la cobertura de Medicare. Muchos planes Advantage no tienen prima.

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 ORIGINAL MEDICARE

PARTE A	PARTE B
AYUDA A CUBRIR: Estancias en el hospital Centro de enfermería especializada Atención de hospicio Servicios de rehabilitación	**AYUDA A CUBRIR:** Consultas médicas 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 Original Medicare	**PARTE D** Ayuda a cubrir los medicamentos con receta y se ofrece mediante compañías privadas **O** **MEDIGAP O PLANES COMPLEMENTARIOS** Ayudan a cubrir parte o la totalidad de los costos que no están cubiertos por las Partes A y B
OPCIÓN 2: *Inscríbase en un plan* Medicare Advantage para obtener beneficios además de Original Medicare	**PARTE C** Los planes MA combinan las Partes A y B **PARTE D** La mayoría de los planes también cubren los medicamentos con receta **BENEFICIOS ADICIONALES** Algunos planes incluyen beneficios dentales, de la vista y de la audición, incentivos de fitness y más

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE LA PARTE D?

La Parte D de Medicare, también conocida como cobertura de medicamentos de Medicare, ayuda a cubrir el costo de los medicamentos con receta. Es opcional y solo se ofrece a través de compañías de seguros privadas aprobadas por el gobierno federal.

Cambios en la Parte D a partir de 2025

No más fase sin cobertura, también conocida como "el período sin cobertura"
Ya no habrá una fase en la cobertura de medicamentos en la que los inscritos en la Parte D tengan que pagar el 100 % de los costos de sus medicamentos. Esto ahorrará miles de dólares a las personas que toman medicamentos de alto costo para el cáncer, la artritis reumatoide y otras condiciones graves.

Reducción del tope de gastos de bolsillo
El tope anual de gastos de bolsillo para medicamentos con receta se reduce a $2,000. Esto significa que, independientemente de cuánto cuesten sus medicamentos, nunca tendrá que pagar más de $2,000 al año.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (M3P)
Este nuevo programa ofrecerá a los inscritos en la Parte D la opción de pagar de su bolsillo los costos de los medicamentos con receta en forma de pagos mensuales limitados, en lugar de hacerlo de una solavez en la farmacia. Esta opción puede ayudar a los inscritos que se enfrentan a costos muy altos de medicamentos con receta a manejar estos costos distribuyéndolos durante el año del plan.

Fases de la cobertura de la Parte D

Con la Parte D de Medicare, la cantidad que paga por los medicamentos con receta depende de una de estas fases:

1 Deducible anual

Durante la fase de deducible, usted es responsable del costo total de sus medicamentos con receta hasta que alcance el deducible de la Parte D de Medicare.

2 Cobertura inicial

Su plan pagará una parte de sus recetas siempre que estén cubiertas por el formulario del plan médico. La cantidad que pagará por un medicamento con receta dependerá de 1 de los 5 niveles en los que se encuentre el medicamento. Usted será responsable de los copagos y el coseguro hasta que haya alcanzado el nuevo umbral de gastos de bolsillo de $2,000. Abajo se indican los niveles de cobertura de la Parte D de 2025 para cada plan:

Medicare Advantage HMO

- Nivel 1: $0 de copago
- Nivel 2: $4 de copago
- Nivel 3: 25 % de coseguro
- Nivel 4: 45 % de coseguro
- Nivel 5: 33 % de coseguro

Medicare Advantage DSNP

- Nivel 1: 25 % de coseguro
- Nivel 2: 25 % de coseguro
- Nivel 3: 25 % de coseguro
- Nivel 4: 25 % de coseguro
- Nivel 5: 25 % de coseguro

Deducible $590

Nuestro plan Medicare Advantage Prime Value MA Only no tiene cobertura de medicamentos de la Parte D.

3 Cobertura catastrófica

Una vez que haya alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de $2,000 para medicamentos con receta, pagará $0 por los medicamentos cubiertos que se incluyan en el formulario de medicamentos del plan durante todo el año calendario.

Programa de Ayuda adicional para medicamentos

Este programa es para miembros que tienen ingresos y recursos limitados para pagar un programa de medicamentos con receta de Medicare. Puede ayudar a pagar las primas, los deducibles y copagos. Para saber si califica llame al 1-800-MEDICARE.

Beneficios e información del plan

CONOZCA NUESTRO PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE

¡Estamos aquí para usted!

El Memorial Hermann Health Care System (Sistema de salud Memorial Hermann) lleva más de 100 años cuidando de sus amigos, vecinos y familiares.

Nuestros planes Medicare Advantage reflejan lo que para nosotros es tan importante de ser miembro del Memorial Hermann Health Plan: sus médicos trabajando junto con los hospitales y su plan médico para ofrecerle un excelente nivel de atención que es local, personal y que lo ayuda a vivir su vida al máximo.

ÁREA DE SERVICIO

- Harris
- Montgomery
- Fort Bend
- Brazoria
- Liberty
- Galveston
  (No se ofrece el plan DSNP)

Obtenga todos los beneficios que se merece y mucho más:

Cobertura de la Parte D
Ayuda a controlar los costos de los medicamentos con copagos bajos para medicamentos genéricos y de marca. (La Parte D no está disponible en el plan Prime Value)

Beneficios dentales, de audición y vista
Liberty Dental Plan® se encarga de ofrecer nuestros amplios beneficios dentales. Use su tarjeta de gastos flexibles para los costos de atención de la vista y audición, y medicamentos de venta libre.

Beneficios para artículos de venta libre (OTC)
Cada año, los miembros reciben una asignación determinada que les permite adquirir productos OTC para la salud y el bienestar.

Beneficios de fitness
Los miembros pueden disfrutar de una inscripción sin costo alguno en un centro de fitness de una amplia red de clubes y gimnasios locales, y de acceso a videos de entrenamiento en línea y a un Fitbit.

Tarjeta de gastos flexibles
Reciba una tarjeta de gastos flexibles que lo ayudará a cubrir los costos asociados a sus beneficios, incluyendo servicios de atención de la vista y audición, y productos OTC.

Servicios de telesalud
Teladoc ofrece a sus miembros acceso 24/7 a un médico certificado mediante la comodidad de las visitas por teléfono, video o aplicación móvil.

Programa de recompensas saludables
Reciba hasta $180 en tarjetas regalo completando exámenes relacionados con la salud, como una visita anual de bienestar y un examen de detección de cáncer de mama.

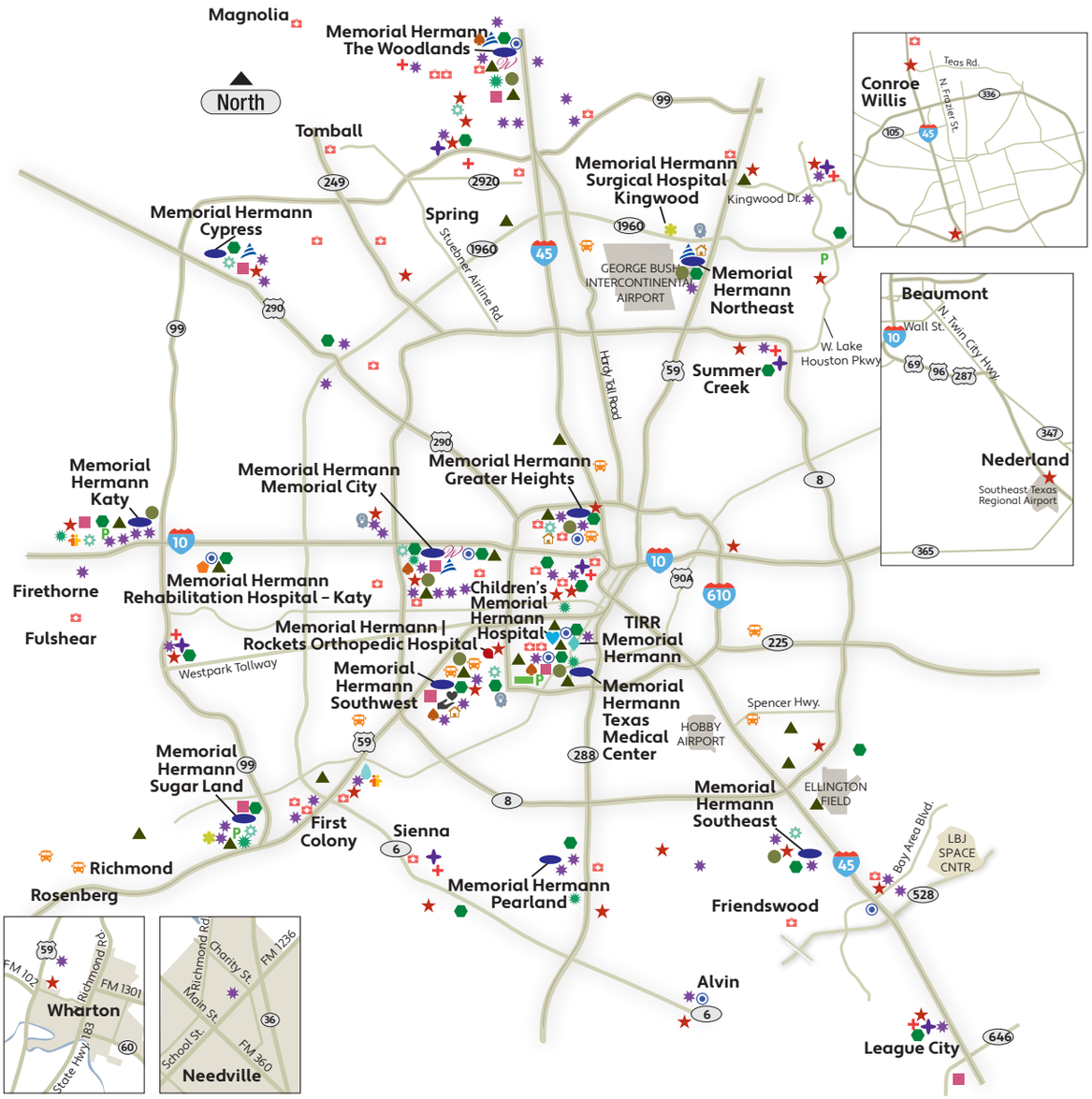
Beneficios de transporte
Nuestro socio de transporte, Modivcare, se encarga del transporte médico de rutina que no sea de emergencia para los miembros del Memorial Hermann Health Plan.

Beneficios de entrega de comidas
Después de una hospitalización, disfrute de comidas frescas y nutritivas entregadas en su casa.

Portal para miembros
Visite su portal seguro para miembros para acceder fácilmente a los documentos de su plan y a la información de la cobertura.

ATENCIÓN DE CALIDAD MÁS CERCA DE USTED.

17 Hospitales **70+** Centros médicos grupales **50+** Centros especializados y atención de urgencia **7K+** Proveedores afiliados



11 Acute-Care Hospitals	8 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	30 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	8 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
7 Rockets Sports Medicine Institutes	2 Occupational Medicine Clinics	

270 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.

4409382-3/24

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN

BLANCO INTENCIONALMENTE

Cobertura de medicamentos de la Parte D

Plan	Memorial Hermann Advantage HMO
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	$2,000
Deducible	$0
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	$0
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	$4
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25 % de coseguro
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	45 % de coseguro
Nivel 5 - Especialidad	33 % de coseguro
Insulinas	$35 por el suministro de un mes - consulte el formulario 2025
Vacunas	La mayoría de las vacunas están cubiertas a $0 - consulte el formulario 2025

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

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Memorial Hermann Medicare Advantage HMO

Beneficios y características	Memorial Hermann Advantage HMO
Prima mensual del plan[1]	$0
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	$2,950
Cobertura de medicamentos	Sí (consulte la parte de atrás)
Servicios de proveedores	
Copago por médico de atención primaria (PCP)	$0
Copago por especialista dentro de la red (no se necesita remisión)	$15
Atención en el centro	
Atención hospitalaria	$350/estancia
Atención de emergencia	$140
Atención de urgencia	$20
Ambulancia	$250
Pruebas, análisis de laboratorio e imágenes	
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	$25
Servicios de laboratorio	$0
Servicios radiológicos de diagnóstico (CT/MRI)	$150
Servicios de rayos X para paciente ambulatorio	$0
Beneficios complementarios	
Dental	$3,000 de cobertura integral
Vista y audición	$1,000 (cargados en la tarjeta flexible)
Artículos de venta libre (OTC)	$75 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); no se transfieren al trimestre siguiente
Tarjeta de gastos flexibles	Sí
Programa de bienestar Healthy Advantage	Hasta $180 en recompensas con tarjetas de regalo por pruebas médicas de rutina
Fitness	Silver&Fit®
Beneficios de transporte	(20) traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la atención médica al año
Beneficios de comidas	(10) comidas después de la hospitalización
Comestibles	$60 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); no se transfieren al trimestre siguiente

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

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Memorial Hermann Advantage Prime Value MA Only HMO

Beneficios y características	Memorial Hermann Advantage Prime Value MA Only HMO
Prima mensual del plan[1]	$0
Reducción mensual de la prima de la Parte B	$125
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	$2,950
Cobertura de medicamentos de la Parte D	N/A
Servicios de proveedores	
Copago por médico de atención primaria (PCP)	$0
Copago por especialista dentro de la red (no se necesita remisión)	$30
Atención en el centro	
Atención hospitalaria	$500/estancia
Atención de emergencia	$140
Atención de urgencia	$25
Ambulancia	$250
Pruebas, análisis de laboratorio e imágenes	
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	$25
Servicios de laboratorio	$0
Servicios radiológicos de diagnóstico (CT/MRI)	$150
Servicios de rayos X para paciente ambulatorio	$0
Beneficios complementarios	
Dental	$2,000 de cobertura integral
Vista y audición	$1,000 (cargados en la tarjeta flexible)
Artículos de venta libre (OTC)	$75 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); no se transfieren al trimestre siguiente
Tarjeta de gastos flexibles	Sí
Programa de bienestar Healthy Advantage	Hasta $180 en recompensas con tarjetas de regalo por pruebas médicas de rutina
Fitness	Silver&Fit®
Beneficios de transporte	(20) traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la atención médica al año
Beneficios de comidas	(10) comidas después de la hospitalización
Comestibles	$50 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); no se transfieren al trimestre siguiente

Cobertura de medicamentos de la Parte D

Plan	Memorial Hermann Dual Advantage HMO DSNP
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	$2,000
Deducible	$590
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	25 % de coseguro
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	25 % de coseguro
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25 % de coseguro
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	25 % de coseguro
Nivel 5 - Especialidad	25 % de coseguro
Insulinas	$35 por el suministro de un mes - consulte el formulario 2025
Vacunas	La mayoría de las vacunas están cubiertas a $0 - consulte el formulario 2025

[1]El plan DSNP del Memorial Hermann Health Plan es para aquellas personas con cobertura completa de Medicare y Medicaid. A veces se les denomina Full Dual. Los Full Dual no tienen copagos ni coseguros para los beneficios médicos. Si la condición de Full Dual cambia, pueden aplicarse copagos y coseguros. (QMB+ y SLMB+ son elegibles para este plan).

Si califica para un DSNP, también puede ser elegible para el programa AYUDA ADICIONAL que ayuda con el costo de los medicamentos con receta. La Ayuda adicional de la Parte D de Medicare, también conocida como Subsidio por bajos ingresos (LIS), es un programa federal diseñado para ayudar a los beneficiarios de Medicare con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Este programa ayuda a cubrir gastos como las primas mensuales, los deducibles anuales y los copagos relacionados con los planes de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Para calificar, debe estar inscrito en Medicare y cumplir los límites específicos de ingresos y recursos. Puede solicitar la Ayuda adicional mediante la Administración del Seguro Social (SSA), ya sea en línea, por teléfono o en su oficina local de la SSA.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Memorial Hermann Dual Advantage HMO DSNP

Beneficios y características	Memorial Hermann Dual Advantage HMO DSNP
Prima mensual del plan[1]	$0
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	$9,350
Cobertura de medicamentos	Sí (consulte la parte de atrás)
Servicios de proveedores	
Copago por médico de atención primaria (PCP)	$0
Copago por especialista dentro de la red (no se necesita remisión)	$0
Atención en el centro	
Atención hospitalaria	$0
Atención de emergencia	$0
Atención de urgencia	$0
Ambulancia	$0
Pruebas, análisis de laboratorio e imágenes	
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	$0
Servicios de laboratorio	$0
Servicios radiológicos de diagnóstico (CT/MRI)	$0
Servicios de rayos X para paciente ambulatorio	$0
Beneficios complementarios	
Dental	$4,000 de cobertura integral
Vista y audición	$1,000 (cargados en la tarjeta flexible)
Artículos de venta libre (OTC)	$200 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); no se transfieren al trimestre siguiente
Tarjeta de gastos flexibles	Sí
Programa de bienestar Healthy Advantage	Hasta $180 en recompensas con tarjetas de regalo por pruebas médicas de rutina
Fitness	Silver&Fit®
Beneficios de transporte	Viajes ilimitados
Beneficios de comidas	(10) comidas después de la hospitalización
Comestibles	$255 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); no se transfieren al trimestre siguiente

Información de inscripción

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE

Cuando tiene 65 años y es nuevo en Medicare, puede haber muchas fechas que recordar. Hay cuatro períodos de inscripción para los planes Medicare Advantage y los planes de Medicare de medicamentos con receta:

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 dentro del período de inscripción inicial, podrían cobrarle una multa por inscripción tardía.

1	2	3	65	5	6	7

3 meses antes de cumplir 65 años

Mes de su cumpleaños

3 meses después de cumplir 65 años

Período de elección anual (AEP)

Durante el período de elección anual, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage, cambiar de un plan de Medicare Advantage a otro, o volver a tener solo Original Medicare 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 Medicare Advantage, el período de inscripción abierta le da la oportunidad de volver a Original Medicare o de cambiar a un plan 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 Medicare Advantage cuando pasen ciertos acontecimientos 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.

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, probablemente tendrá 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.
- [ ] 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).
- [ ] El plan DSNP del Memorial Hermann Health Plan es para aquellas personas con cobertura completa de Medicare y Medicaid. A veces se les denomina Full Dual. Los Full Dual no tienen copagos ni coseguros para los beneficios médicos. Si la condición de Full Dual cambia, pueden aplicarse copagos y coseguros. (QMB+ y SLMB+ son elegibles para este plan).

¿LISTO PARA INSCRIBIRSE?

TELÉFONO

Hable con un consejero de Memorial Hermann Advantage para obtener más información o, si está preparado, para inscribirse fácilmente por teléfono. Llámenos al **855.612.2890** (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., CT.

VIRTUAL

Cuando quiera, pida una visita virtual con un consejero de Memorial Hermann Advantage sin obligación de inscribirse. Llame al **855.612.2890** (TTY 711) para programar la visita.

EN PERSONA

Programe una consulta personalizada con un consejero de Memorial Hermann Advantage desde la comodidad de su casa. Llame al **855.612.2890** (TTY 711) para programar la visita.

EN LÍNEA

Visite mhhp.org/ma-kit 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. Inscríbase en **mhhp-medicare.com/asistir**

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

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

OMB No. 0938-1378
Vencimiento: 6/30/2026

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2025

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que se quieran inscribir en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe:

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

Importante

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, 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 la cobertura que comienza el 1 de enero)
- En los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se 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 I. Los puntos de la Sección II son opcionales; no se puede negar la cobertura por no completarlos.

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 enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board)).

¿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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

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) se puede considerar su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de reducción de trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 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 (PRA Reports Clearance Office). Todos los artículos que recibamos que no se traten de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirán. No se guardarán, revisarán ni se enviarán al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción especial

Normalmente, se puede inscribir 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 permitir la inscripción en un Plan de Medicare para medicamentos con receta fuera del período de inscripción anual.

Si se está inscribiendo fuera del Período de inscripción anual (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 cancelen la inscripción.

Fecha de inicio de la cobertura propuesta	_____/_____/_____	**Fecha del SEP**	_____/_____/_____

☐ AEP	Período de inscripción anual (15 de octubre al 7 de diciembre)
☐ IEP	Soy nuevo en Medicare (Período de inscripción anual).
☐ OEP	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (1 de enero al 31 de marzo).
☐ ICE	Ya tengo la cobertura del hospital (Parte A) y recientemente me inscribí en la cobertura de seguro médico (Parte B). Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.
☐ RET	Soy nuevo en Medicare y me avisaron sobre la obtención de Medicare después de que empezara mi cobertura de la Parte A o Parte B (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ MOV	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 (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ INC	Salí recientemente de la cárcel. Salí el (indique la fecha)____/____/_____.
☐ RUS	Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé el (indique la fecha)_____/_____/_____.
☐ LAW	Recientemente obtuve el estatus de permanencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ MCD	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 (indique la fecha))_____/_____/_____.
☐ NLS	Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ MDE	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

☐ LTC	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/mudaré a/fuera de un centro el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ PAC	Recientemente salí de un Programa PACE el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ LCC	Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ LEC	Saldré de la cobertura del empleador o del sindicato el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ PAP	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que presta mi estado.
☐ NON	Mi plan termina su contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.
☐ DIF	Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) _____/_____/_____.
☐ SNP	Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (indique la fecha) ____/____/_____.
☐ DST	Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declaró por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, (FEMA)), o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mi, 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 del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (cerramos los días festivos). Abrimos del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (cerramos los días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2025

El formulario de inscripción es para un: ☐ Nuevo miembro de MHHP ☐ Miembro de MHHP Plan Chang

Sección I. Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que se quiere inscribir

Para miembros que necesitan **ambas** coberturas, de seguro médico y de medicamentos con receta de la Parte D
☐ Memorial Hermann *Advantage* HMO - $0 al mes
Para miembros con doble cobertura completa de **Medicare y Medicaid**
☐ Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP - $0 al mes
Para miembros que **únicamente** necesitan cobertura de seguro médico; sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D
☐ Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO - $0 por mes

Información personal y de contacto

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Título ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Sra.	Fecha de nacimiento / /	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Teléfono (Obligatorio) ☐ Celular ☐ Teléfono fijo ( )	Teléfono alternativo ☐ Celular ☐ Teléfono fijo ( )	
Dirección de correo electrónico		
Dirección física permanente (no se permite PO Box)		Condado
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a su dirección permanente)		
Ciudad	Estado	Código postal

Su información de Medicare

Nombre (como aparece en su tarjeta de identificación de Medicare)	Fechas de inicio de la cobertura (MM/DD/AAAA)
Número de identificación de Medicare	Hospital (Parte A) ____/____/_____ Médico (Parte B) ____/____/_____

Responda estas preguntas importantes

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

Número de Medicaid	Número de caso de Medicaid

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

Si respondió Sí, nombre de la otra cobertura	Fecha de inicio / /	Número de identificación
Teléfono de la otra cobertura ( )	Rx BIN	Rx PCN

¿Vive en un centro de atención de largo plazo, como un centro de atención residencial? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, nombre del centro

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ( )	Fecha de ingreso / /	

Selección de Proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro médico (obligatorio)

Nombre completo del proveedor	Número de identificación del PCP o número del proveedor nacional (NPN)
Lugar de la oficina (si hay varias oficinas)	¿Es usted ya un paciente? ☐ Sí ☐ No

IMPORTANTE. Lea y firme abajo

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para mantenerme 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 miembro) se cubrirán. Ni Medicare ni Memorial Hermann *Advantage* pagarán los beneficios o servicios que no se cubran.
- 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 / /

Representante autorizado

Complete toda la información a continuación si usted es el representante autorizado que firmó arriba o un tercero que ayudó al inscrito a completar este formulario.

Nombre	Teléfono ( )	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el miembro		

Agente/bróker (*lo debe completar el agente que asiste en la inscripción*)

Nombre del agente	Número de identificación del agente	Número de Productor Nacional
Teléfono ( )	Fecha de la cita / /	Ámbito de la cita ☐ Sí ☐ No

Sección II. Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas queda a su elección. No se puede negar la cobertura por no completarlos. Sus respuestas se mantendrán en privado. Esta información ayuda a asegurar que todos los clientes tengan el mismo acceso a la atención médica.

Origen étnico

¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ No, no es de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano/a
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, cubano
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ Elijo no responder

Raza

¿De qué raza es? Seleccione todas las que correspondan.

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

Otro idioma

Seleccione esta opción si quiere que enviemos información en un idioma diferente al inglés.

- ☐ Español

Formatos accesibles

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

☐ En letra de molde grande

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., 7 días a 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

Situación laboral

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

Declaración 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 1860D-1 de la Ley del seguro social (Social Security Act) y 42 CFR §§ 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)”, sistema n.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Aviso de no discriminación

Memorial Hermann Health Plan, Inc., (MHHP), cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. MHHP no excluye a las personas, ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Materiales para agentes

ÁMBITO DE LA CITA

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen a los agentes que documenten el ámbito de una cita de comercialización antes de cualquier reunión de venta individual para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se incluye en este formulario es confidencial y cada persona beneficiaria de Medicare o su representante autorizado deberá completarlo.

Escriba sus iniciales abajo al lado del tipo de producto del que quiere que le hable el agente:

☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costo**

Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO): plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura médica de las Partes A y B de Original Medicare y a veces cubre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de los médicos u hospitales de la red del plan (salvo en caso de emergencia).

☐ **Planes DSNP de Medicare Advantage**

Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP): plan Medicare Advantage que cuenta con un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos ejemplos de los grupos específicos atendidos son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las personas que viven en hogares para adultos mayores y las personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, acepta una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que la persona que hablará con usted sobre los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir una remuneración según su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, ni afecta su inscripción actual o futura en Medicare, ni lo inscribe automáticamente en los planes mencionados.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:	
Firma:	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo con letra de molde:	
Nombre del representante:	Relación con el beneficiario:

Debe completarlo el agente:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	
Método inicial de contacto:	
Firma del agente:	
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión:	Fecha de finalización de la cita:
Agente, si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el SOA antes de la reunión:	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA NUEVOS MIEMBROS

PARA LOS AGENTES:

Revise cuidadosamente la lista de nuevos miembros con cada nuevo miembro que se inscriba en nuestro plan.

Nombre del miembro _____ **Fecha** _____

✓ Entiendo que sigo siendo responsable del pago de la prima mensual de la Parte B.	Sí ☐	No ☐
✓ Entiendo que puedo ser responsable de ciertos copagos o coseguros por los servicios médicos cubiertos.	Sí ☐	No ☐
✓ Mi agente me dejó una copia del paquete de la guía de inscripción, que incluye un resumen de los beneficios del plan que elegí.	Sí ☐	No ☐
✓ Mi agente revisó y confirmó que mis proveedores actuales están en la red del plan.	Sí ☐	No ☐

PARA PLANES CON COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D

✓ Mi agente me explicó los copagos y coseguros.	Sí ☐	No ☐
✓ Revisé mis medicamentos con receta actuales con mi agente y confirmé si están en la lista de medicamentos cubiertos del plan, también llamada formulario. Entiendo que el plan no cubre todos los medicamentos.	Sí ☐	No ☐

DECLARACIÓN DE NUEVO MIEMBRO

Entiendo que me estoy inscribiendo en un plan Medicare Advantage que me dará toda la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Firma del miembro: _____

Firma del agente: _____

NOTAS

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

RESUMEN DE LA SOLICITUD Y RECIBO

INFORMACIÓN DEL PLAN

Nombre del plan: _____

Fecha de entrada en vigor: _____

Prima mensual: _____

Nombre del PCP: _____

Teléfono del PCP: _____

BIN de RX: _____

Grupo de RX: _____

CANTIDADES DE COPAGO/COSEGURO

PCP: _____

Especialista: _____

Sala de emergencias: _____

INFORMACIÓN DEL AGENTE

Nombre del agente: _____

Teléfono del agente: _____

Id. del agente (NPI): _____

Confirmación electrónica de inscripción: _____
(si corresponde)

NOTAS

Recursos para miembros

CONOZCA SU PORTAL PARA MIEMBROS

Haga más sencilla la experiencia como miembro conectándose a todas las herramientas que necesita en un solo lugar: desde llevar un seguimiento de su cobertura y reclamos, hasta trabajar más de cerca con su equipo de atención.

El portal para miembros lo ayuda a encontrar fácilmente lo que necesita en un tiempo récord. Pase menos tiempo buscando la información que necesita:

- **Ver información de la cobertura**
- **Revisar el estado del MOOP**
- **Ver historial de reclamos**
- **Buscar un proveedor**
- **Buscar un medicamento**
- **Imprimir tarjeta de identificación**

Para obtener más información visite mhhp.org/portal

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

RECURSOS

Sitio web
mhhp.org/ma

Servicio al Cliente
855.645.8448

Buscar un proveedor
mhhp.org/find-a-doctor

Buscar un medicamento
mhhp.org/find-a-drug

Documentos legales

MEMORIAL HERMANN Health Plan

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 1-855-645-8448 번으로 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-××××-×××-××××]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-645-8558 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त 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.

Portuguese: 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 1-855-645-8558. 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。