

# MEMORIAL HERMANN MEDICARE ADVANTAGE

1 DE ENERO DE 2026 - 31 DE DICIEMBRE DE 2026

## RESUMEN DE BENEFICIOS (SOB)

DUAL ADVANTAGE HMO (DSNP)

H7115-005

# Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

H7115, Plan 005

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Este documento de resumen de beneficios proporciona un panorama de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP** del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

**Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP** es un plan de Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información que se da de los beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la "Evidencia de cobertura" (Evidence of Coverage).

Para unirse a **Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris, Liberty, y Montgomery.

Excepto en casos de emergencia, si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual "**Medicare & You**" (**Medicare y usted**). Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como en letra grande o en idiomas distintos del inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios médicos, llame al Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en: <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. El horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, excluyendo los días festivos más importantes. El horario de atención del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excluyendo los días festivos más importantes.

Para obtener información sobre el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, llame al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite: <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits>. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Este plan es un **Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Eligible Special Needs Plan, D-SNP)** para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Puede inscribirse en el plan Memorial Hermann Advantage D-SNP HMO si pertenece a una de estas dos (2) categorías:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** significa una persona que tiene derecho a la Parte A de Medicare, cumple los criterios federales y cuyos recursos no exceden el doble del límite de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Una persona con QMB es elegible para el pago de Medicaid de las primas de Medicare, deducibles, coseguros y copagos (excepto la Parte D de Medicare). Una persona con QMB Plus también cumple los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid. Las personas con QMB Plus tienen derecho a los beneficios médicos de QMB, además de todos los beneficios disponibles bajo el Plan Estatal de Texas (Texas State Plan) para los beneficiarios de Medicaid totalmente elegibles.
- **Beneficiario de Medicare Plus de Bajos Ingresos Especificados (SLMB+):** significa una persona que tiene derecho a la Parte A de Medicare y cumple los criterios federales de ingresos y recursos. Una persona de SLMB es elegible para el pago de Medicaid de las primas de la Parte B de Medicare. Una persona con SLMB Plus también cumple los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid. Las personas de SLMB Plus tienen derecho al pago de las primas de la Parte B de Medicare, además de todos los beneficios disponibles bajo el Plan Estatal de Texas para los beneficiarios de Medicaid totalmente elegibles.

Medicare paga primero los servicios médicos de los beneficiarios con doble elegibilidad, porque Medicaid generalmente paga como último recurso. Medicaid puede cubrir los costos médicos que Medicare puede no cubrir o cubrir parcialmente. La cobertura para los beneficiarios de doble elegibilidad varía según el estado.

Abajo hay una lista de los tipos de servicios cubiertos por nuestro plan y por Medicaid: Como miembro de **Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP**, el costo compartido lo paga su beneficio de Medicaid para los siguientes servicios cubiertos por Medicaid.

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP</b>	<b>Medicaid</b>
Atención preventiva	Cubierto	Cubierto
Visitas en el consultorio médico	Cubierto	Cubierto
Atención para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Laboratorio de diagnóstico y radiografías	Cubierto	Cubierto
Servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Beneficios de medicamentos con receta	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto
Servicios de la vista	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cubierto
Atención quiropráctica	Cubierto	Cubierto
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto
Servicios de emergencia	Cubierto	Cubierto
Servicios necesarios de urgencia	Cubierto	Cubierto
Ambulancia	Cubierto	Cubierto
Transporte	Cubierto	Cubierto
Diálisis renal	Cubierto	Cubierto
Atención médica en casa	Cubierto	Cubierto
Aparatos ortopédicos	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF)	Cubierto	No cubierto*
Atención de hospicio	Cubierto	No cubierto*

\*Si un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid, los miembros del programa SLMB+ tendrán un costo compartido del 20 %.

# Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

## Resumen de beneficios

## Lo que pagará



### Prima, deducible, y máximo de gastos de bolsillo

Prima del plan mensual	<p><b>\$4.80*</b> al mes por la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p><i>*Su prima será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i></p> <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible	<b>\$0</b> de deducible para gastos médicos
Deducible de la Parte D	<p><b>\$615</b> al año para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Como miembro de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP, su beneficio de "Ayuda adicional" puede pagar su deducible, si corresponde.</p>
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo ( <i>no incluye medicamentos con receta</i> )	<p>No paga más de <b>\$9,250*</b> al año.</p> <p>Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.</p> <p><i>*Su máximo de gastos de bolsillo será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i></p>



### Servicios del hospital

<p><b><u>Hospital para pacientes hospitalizados</u></b></p> <p>Estancia en el hospital como paciente hospitalizado</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p> <p><b><u>Hospital para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</p> <p>Operación para paciente ambulatorio</p> <p>Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>	<p>Usted paga el <b>20 %</b> por cada estancia como paciente hospitalizado*</p> <p><i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i></p> <p>Usted paga el <b>20 %*</b></p> <p>Usted paga el <b>20 %*</b></p> <p>Usted paga el <b>20 %*</b></p> <p><i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i></p>
--	---

**Resumen de beneficios**

**Lo que pagará**



**Visitas en el consultorio del médico**

Proveedor de atención primaria (PCP)  
Especialistas (no se necesita remisión)  
Visita del proveedor de telesalud con el PCP o con especialistas

Usted paga el **20 %\***.  
Usted paga el **20 %\***.  
Usted paga el **20 %\***.

Visita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann**  
<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

No paga **nada**

Visitas virtuales exclusivamente mediante **Teladoc**

No paga **nada**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Atención preventiva**

- Evaluación de detección de aneurisma de aorta abdominal
- Visita anual de bienestar
- Medición de la masa ósea
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años
- Evaluación de detección del cáncer cervical y vaginal
- Evaluación de detección del cáncer colorrectal
- Evaluación de detección de la depresión
- Evaluación de detección de la diabetes
- Evaluación de detección de la hepatitis C
- Evaluación de detección del VIH
- Evaluación de detección del cáncer de pulmón
- Terapia de nutrición médica
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Evaluación de detección y tratamiento de la obesidad
- Evaluación de detección del cáncer de próstata

**\$0** de copago

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

**Resumen de beneficios**

**Lo que pagará**



**Atención preventiva (continuación)**

- Evaluación de detección y consejería para reducir el consumo indebido de alcohol
- Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Consejería para dejar de fumar
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”



**Servicios de emergencia y servicios necesarios de urgencia**

Atención de emergencia

Usted paga el **20 %** hasta un máximo de **\$115** por cada visita\*. Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.

Atención de emergencia en todo el mundo

Usted paga el **20 %**\*. Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.

Transporte de emergencia en todo el mundo

Usted paga el **20 %**.\*

Servicios necesarios de urgencia

Usted paga el **20 %** hasta un máximo de **\$40** por cada visita\*.

Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo

Usted paga el **20 %**.\*

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

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Servicios de diagnóstico/laboratorios/diagnóstico por imágenes**

Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare

Usted paga el **20 %**\* por prueba o procedimiento de diagnóstico.

Servicios de laboratorio

Usted paga el **20 %**\* por servicios de laboratorio.

Radiografías/ultrasonidos

Usted paga el **20 %**\* por radiografías y ultrasonidos.

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

Usted paga el **20 %**\* por prueba/servicio.

**Se necesita una autorización previa para algunos servicios.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

Resumen de beneficios



Servicios de audición

Examen de audición anual cubierto por Medicare  
 Examen de audición de rutina hecho por el PCP  
 Examen de audición hecho por un audiólogo  
 Aparatos auditivos

Usted paga el **20 %\***.  
 Usted paga el **20 %\*** por examen básico de audición y equilibrio.  
 Usted paga el **20 %\*** por examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio.  
**\$500** de asignación total anual para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados.  
*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



Servicios Dentales

**Beneficio máximo anual del plan de \$4,000**

**Servicios preventivos**

- Examen bucal (2 por año del plan)
- Profilaxis (limpiezas) (2 por año del plan)
- Radiografías (2 por año del plan)
- Tratamientos con flúor (2 por año del plan)

**Servicios integrales**

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

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

Usted paga **\$0** por servicios preventivos de un proveedor de la red.  
 Usted paga **\$0** por servicios preventivos de un proveedor que no es de la red.  
 Usted paga **\$0** por visita para cada servicio integral cubierto por Medicare.  
 Usted paga **\$0** por servicios de diagnóstico dentro de la red.  
 Usted paga **\$0** por servicios de diagnóstico fuera de la red.  
 Usted paga **\$0** por extracciones, restauración, endodoncia, periodoncia y servicios que no son de rutina dentro de la red.  
 Usted paga **\$0** por extracciones, restauración, endodoncia, periodoncia y servicios que no son de rutina fuera de la red.  
 Usted paga **\$0** por servicios de prótesis, otras operaciones orales/maxilofaciales y otros servicios tanto dentro como fuera de la red.

**Resumen de beneficios**

**Lo que pagará**



**Servicios de la vista**

Exámenes de la vista cubiertos por Medicare  
 Evaluaciones de glaucoma  
 Exámenes de rutina de la vista  
 Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas)

Usted paga el **20 %**\*.  
 Usted paga el **20 %** por una evaluación anual\*.  
 No paga **nada**.  
**\$500** de beneficio total anual para anteojos y lentes o lentes de contacto.

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Servicios de salud mental/por abuso de sustancias**

Atención de salud mental para pacientes hospitalizados  
 Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor que no es médico  
 Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra  
 Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes ambulatorios  
 Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes hospitalizados  
 Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

Usted paga el **20 %** por estancia\*.  
 Usted paga el **20 %**\*.  
 Usted paga el **20 %**\*.  
 Usted paga el **20 %**\*.  
 Usted paga el **20 %** por estancia\*.  
 Usted paga el **20 %**\*.

**Pueden aplicarse normas de autorización previa.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

**Resumen de beneficios**

**Lo que pagará**



**Centro de enfermería especializada**

Días 1-20

Usted paga el **20 %\***.

Días 21-100

Los miembros del programa QMB+ pagarán el **20 %\***.  
Los miembros del programa SLMB+ pagarán el **20 %\***.

**Pueden aplicarse normas de autorización previa.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+.*



**Servicios de rehabilitación**

Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje

Usted paga el **20 %\***.

Servicios de rehabilitación cardíaca

Usted paga el **20 %\***.

Servicios de rehabilitación pulmonar

Usted paga el **20 %\***.

Atención con un quiropráctico  
Manipulación de la columna para corregir una subluxación

Usted paga el **20 %\***.

Acupuntura  
Para el tratamiento del dolor lumbar crónico

Usted paga el **20 %\***.  
*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Ambulancia**

Ambulancia terrestre (ida)

Usted paga el **20 %\***.

Ambulancia aérea (ida)

Usted paga el **20 %\***.

**Se necesita una autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

**Resumen de beneficios** **Lo que pagará**



**Transporte**

Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico.

Para obtener más información y reservar su transporte visite:  
<https://www.mymodivcare.com>.

Usted paga **\$0** por transporte ilimitado de ida a lugares relacionados con la salud por año.



**Medicamentos de la Parte B de Medicare**

Quimioterapia/Medicamentos de radiación

Usted paga el **20 %**\*.

Otros medicamentos de la Parte B

Usted paga el **20 %**\*.

Insulina de la Parte B suministrada a través de un proveedor de DME

**20 %** del costo hasta un máximo de **\$35** por un suministro de un mes\*.

Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia gradual

**Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Terapia de infusión en casa**

Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones

Usted paga el **20 %**\*.

**Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Atención médica en casa**

Visita de atención médica en casa cubierta por Medicare

Usted paga el **20 %**\*.

Cuidados paliativos en casa

Usted paga el **20 %**\*.

**Pueden aplicarse normas de autorización previa.**

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Servicios y suministros para diabéticos

<p>Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare</p>	<p>Usted paga el <b>20 %*</b>.</p>
<p>Capacitación para el manejo de su propia diabetes</p>	<p>No paga <b>nada</b>.</p>
<p>Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (Accu-Chek de Roche y Ascencia de Contour)</p>	<p>No paga <b>nada</b>.</p>
<p>Zapatos o plantillas terapéuticas moldeadas a medida cubiertas por Medicare</p>	<p>Usted paga el <b>20 %*</b>.</p>
<p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. <b>Solo podemos cubrir otras marcas y fabricantes si el médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para las necesidades médicas.</b></p>	<p>Usted paga el <b>20 %*</b> para las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (comercio) . <b>Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica.</b></p> <p><i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i></p>



Equipo médico duradero (DME)

<p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usarlas en casa, bombas para infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>Usted paga el <b>20 %*</b>.</p>
<p>Pelucas para pacientes de quimioterapia</p>	<p>No paga <b>nada</b>.</p>
<p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>	<p><i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i></p>

Resumen de beneficios



**Hospicio**

Los servicios del programa de hospicio certificado por Medicare incluyen medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor, cuidados de relevo a corto plazo y atención en casa.

**Pueden aplicarse normas de autorización previa.**

Cubierto y pagado por Medicare Original



**Servicios telefónicos/virtuales**

Visitas virtuales por medio de médicos de atención primaria

Visitas virtuales a especialistas

Servicios necesarios de urgencia

Sesiones individuales y de grupo para:

- Servicios especializados de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Visita en el consultorio virtual de

**Memorial Hermann**

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

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

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

Usted paga el **20 %\***.

No paga **nada**.

No paga **nada**.

*\*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



**Programa de Premios de Bienestar Healthy Advantage (Healthy Advantage Wellness Rewards Program)**

Complete las siguientes actividades para ganar premios:

- Evaluación anual de riesgos para la salud
- Visita anual de bienestar
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Evaluación de detección del cáncer de colon
- Examen de la retina

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

Resumen de beneficios



**Comidas**

Las comidas se dan inmediatamente después del alta de una hospitalización o de una operación ambulatoria.

Hasta **10** comidas entregadas por el alta del hospital o de una operación ambulatoria



**Artículos de venta libre (OTC)**

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

Asignación máxima de **\$205** por trimestre\*



**Comida y productos agrícolas (comida)**

El Plan da un beneficio anual para comidas y productos agrícolas (comestibles) aprobados para el miembro. \*Los fondos no usados al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

Asignación de **\$255** por trimestre\*



**Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)**

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

**Audición**

Audición tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en aparatos auditivos.

**\$500** de asignación anual

**Vista**

Vista tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en anteojos y lentes.

**\$500** de asignación anual

**Artículos de venta libre (OTC)**

El beneficio de OTC es cada tres (3) meses para los artículos aprobados por CMS. \*Los fondos no usados al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

**\$205** de asignación trimestral\*

Resumen de beneficios



**Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard) (continuación)**

**Beneficio de comestibles**

El beneficio de comestibles se agregará a la tarjeta de gastos flexibles cada trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA.

\*Los fondos que no se usan al final del trimestre no se transfieren para el siguiente trimestre.

Para obtener más información, visite nuestra página de Flex Card en: <https://mhhp.org/flex>.

Asignación trimestral de **\$255\***



**Más beneficios médicos y para el bienestar**

**Membresía en un gimnasio**

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

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

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

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



**Más beneficios médicos y para el bienestar (continuación)**

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

Para obtener más información, visite:  
<https://www.silverandfit.com>.



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

<b>Fase de deducible</b>	<b>\$615</b> de deducible para medicamentos de la Parte D Como miembro de <b>Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP</b> , su beneficio de <b>“Ayuda adicional”</b> puede pagar su deducible, si corresponde.
--------------------------	--

**Fase de cobertura inicial**

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

Permanece en esta Etapa de cobertura Inicial hasta que sus **costos totales de medicamentos** (total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D) para el año lleguen a **\$2,100.**

Si recibe **“Ayuda adicional”** para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, es elegible para reducir los costos compartidos.

- Los costos compartidos para los medicamentos genéricos con receta elegibles serán de **\$0, \$1.60 o \$5.10**, dependiendo del nivel de **“Ayuda adicional”**.
- Los costos compartidos para medicamentos de marca elegibles serán de **\$0, \$4.90 o \$12.65**, dependiendo del nivel de **“Ayuda adicional”**.

Si no recibe **“Ayuda adicional”** o si su medicamento no está cubierto por Medicaid de Texas, usted pagará el **25 %** del costo total de los medicamentos cubiertos de Nivel 1 a Nivel 5, Parte D.

<b>Cobertura inicial</b>	<b>Venta al por menor de costos compartidos</b> (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)	<b>Venta al por menor de costos compartidos</b> (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)	<b>Gastos compartidos de pedidos por correo</b> (suministro a 90 días) por medio de <b>Costco</b>
Nivel 1: Genérico preferido	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .
Nivel 2: Genérico	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .
Nivel 4: Medicamento no preferido	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .	Usted paga el <b>25 %</b> .
Nivel 5: Especialidad	Usted paga el <b>25 %</b> .	No disponible	No disponible

Para ayudar a su farmacéutico y evitar demoras, traiga su tarjeta de **Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP** y su tarjeta de **Medicaid del estado de Texas** cuando surta sus recetas.

El costo compartido puede cambiar dependiendo de cuándo entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

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

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D y algunas de la Parte B sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

**Farmacia de pedido por correo**

Reciba un suministro del medicamento hasta de 90 días por medio de Costco. No necesita ser miembro de Costco para usar el servicio de farmacia de pedido por correo. Visite: <https://rx.costco.com/>.

**Red de farmacias**

Para obtener más información sobre la red de farmacias, visite nuestro sitio en: <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

MEMORIAL<sup>®</sup>  
HERMANN  
Health Plan  
Medicare Advantage Plans

