

Aviso anual de cambios para 2026

MEMORIAL[®]
HERMANN
Health Plan
Medicare Advantage Plans

Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP ofrecido por Memorial Hermann Health Plan

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, seguirá en Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* publicada en nuestro sitio web (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>) para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratis en *español*.
- Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto los días festivos principales, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días festivos principales. Esta llamada es gratuita.
- Debemos darle la información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en letra de molde grande, etc.).

Sobre Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

- Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP es un plan de Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Texas Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Memorial Hermann Health Plan. Donde diga “plan” o “nuestro plan”, significa Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos mediante Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para hacer un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....7
Sección 1.1	Cambios en la prima del plan mensual..... 7
Sección 1.2	Cambios en la cantidad del máximo de gastos de bolsillo 8
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores..... 8
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias 9
Sección 1.5	Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos10
Sección 1.6	Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D..... 11
Sección 1.7	Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 12
SECCIÓN 2	Cambios administrativos16
SECCIÓN 3	Cómo cambiar de plan17
Sección 3.1	Plazos para cambiar de planes..... 17
Sección 3.2	¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? 17
SECCIÓN 4	Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta.....18
SECCIÓN 5	¿Preguntas?.....20
	Obtenga ayuda de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP 20
	Obtenga orientación gratis sobre Medicare 20
	Obtenga ayuda de Medicare 21
	Obtenga ayuda de Medicaid 21

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Vaya a la Sección 1.1 para obtener más información.	\$16.70 (Para la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D) Su prima será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.	\$4.80 (Para la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D) Su prima será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.
Deducible (Parte D)	\$590.00 excepto la insulina suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	\$615.00 excepto la insulina suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya a la Sección 1.2 para obtener más información). Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.	\$9,350.00 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250.00 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Visitas en el consultorio de atención primaria	0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.	0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.
Visitas en el consultorio de especialistas	0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare según Medicaid, paga \$0 por visita.	0-20% del costo cubierto por Medicare por visita. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare según Medicaid, paga \$0 por visita.
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que lo den de alta es su último día de hospitalización.	0-20% del costo cubierto por Medicare por cada hospitalización. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	0-20% del costo cubierto por Medicare por cada hospitalización. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.7 para obtener más información).	\$590.00 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	\$615.00 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.	Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de nivel 1: (Medicamentos genéricos preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% Medicamentos de nivel 2: (Medicamentos genéricos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% Medicamentos de nivel 3: (Medicamentos de marca preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 4: (Medicamentos no preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25%	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de nivel 1: (Medicamentos genéricos preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% Medicamentos de nivel 2: (Medicamentos genéricos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% Medicamentos de nivel 3: (Medicamentos de marca preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 4: (Medicamentos no preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25%

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga hasta \$35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de nivel 5: (Medicamentos de especialidad) 25%	Medicamentos de nivel 5: (Medicamentos de especialidad) 25%
	Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.	Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima del plan mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$16.70 Su prima será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.	\$4.80 Su prima será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.

Sección 1.2 Cambios en el máximo de la cantidad de sus gastos de bolsillo

Medicare pide que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo en el año. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado esa cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Ya que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para recibir ayuda de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad del máximo de gastos de bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos con receta no cuentan para el máximo de la cantidad de sus gastos de bolsillo.	\$9,350.00	\$9,250.00 Una vez que haya pagado \$9,250 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A ni de la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores de 2026 <https://mhapex.healthtrioconnect.com/public-app/consumer/provdir/search.page?> para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Aquí le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>.
- Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura* (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>).

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga 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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory> para ver qué farmacias están en nuestra red. Le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage>.
- Llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio a mitad de año en nuestras farmacias, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso anual de cambio le informa de los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo (Dentro de la red)	\$9,350.00 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga el 0% del costo total.	\$9,250.00 Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga el 0% del costo total.
Servicios de emergencias	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). Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un 0% del costo total.	0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$115.00) por cada visita a la sala de emergencias. (El coseguro no se aplica si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas). Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga el 0% del costo total.
Servicios necesarios de urgencia	0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$45.00) por cada visita de atención de urgencia. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga el 0% del costo total.	0-20% del costo cubierto por Medicare (hasta un máximo de \$40.00) por cada visita de atención de urgencia. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga el 0% del costo total.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Terapia gradual para medicamentos de la Parte B e infusión en la casa	<u>No</u> se ofreció terapia gradual.	Se ofrece terapia gradual.
Tiras reactivas para diabéticos	One Touch (LifeScan) y Ascencia (Contour)	Roche (Accu-Chek) y Ascencia (Contour)
Artículos de venta libre (OTC)	\$200.00 cada tres meses	\$205.00 cada tres meses
Terapia de reemplazo de nicotina (NRT)	NRT <u>no</u> estaba cubierto por el beneficio OTC de la Parte C.	NRT está cubierto por el beneficio OTC de la Parte C.
Beneficios de fitness	El miembro puede seleccionar dos kits de fitness.	El miembro puede seleccionar un kit de fitness.
Beneficio de la vista: Anteojos	Máximo de \$1,000 combinado por año calendario, compartido entre beneficios de la vista y audición	Máximo de \$500.00 por año calendario para beneficios de la vista
Beneficio de la audición: Aparatos auditivos con receta	Máximo de \$1,000.00 combinado por año calendario, compartido entre beneficios de la vista y audición	Máximo de \$500.00 por año calendario para beneficios de la audición

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o Lista de medicamentos. Puede obtener electrónicamente una copia de nuestra lista de medicamentos. **Puede obtener la lista de medicamentos completa** llamando a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de

TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list>).

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, por ejemplo, quitar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados 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 permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. 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 de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>) y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un material separado, llamado Cláusula adicional de *Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta*, que informa de los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicio al Cliente al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *Cláusula adicional de LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de período sin cobertura y el Programa de descuento por período sin cobertura ya no son parte del beneficio de la Parte D.

- ***Etapas 1: Deducible anual***

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapas 2: Cobertura inicial***

En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus costos de bolsillo del año hasta la fecha alcancen los \$ 2,100.00.

- ***Etapas 3: Cobertura para Catástrofes***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted paga sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuento por período sin cobertura se ha reemplazado por el Programa de descuento de fabricantes. Según el Programa de descuento de fabricantes (Manufacturer Discount Program), los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$590.00	\$615.00

Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de suministro a largo plazo o recetas de pedidos por correo, vaya al Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>).

Una vez que haya pagado \$2,100.00 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La cantidad de sus costos compartidos depende de su nivel de “Ayuda adicional” (también conocida como la Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o la Cláusula adicional de LIS). Si no recibe “Ayuda adicional” o si su medicamento no está cubierto por Texas Medicaid, pagará el 25% del costo total de los medicamentos cubiertos del Nivel 1 al Nivel 5 de la Parte D.	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) <i>Costos compartidos estándar</i> 25% del costo total Su costo por un mes (30 días) de receta pedida por correo es del 25%. Nivel 2 (Medicamentos genéricos) <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total Su costo por un mes (30 días) de receta pedida por correo es del 25%. Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 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 (30 días) de receta pedida por correo es del 25%.	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) <i>Costos compartidos estándar:</i> 25% del costo total Su costo por un mes (30 días) de receta pedida por correo es del 25%. Nivel 2 (Medicamentos genéricos) <i>Costos compartidos estándar:</i> 25% del costo total Su costo por un mes (30 días) de receta pedida por correo es del 25%. Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) <i>Costos compartidos estándar:</i> 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 (30 días) de receta pedida por correo es del 25%.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) <i>Costo compartido estándar:</i> 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 (30 días) de receta pedida por correo es del 25%.	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) <i>Costos compartidos estándar:</i> 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 (30 días) de receta pedida por correo es del 25%.
	Nivel 5 (Medicamentos de especialidad) 25% del costo total El pedido por correo no está disponible para medicamentos especializados.	Nivel 5 (Medicamentos especializados) 25% del costo total El pedido por correo no está disponible para medicamentos especializados.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, vaya al Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de cobertura* (<https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/resource-center/plan-documents-materials>).

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Recompensas saludables (gane hasta \$180.00 al año después de completar las actividades de bienestar identificadas)	Las tarjetas de regalo se envían por correo a los miembros que completan actividades de bienestar identificadas.	Los dólares de recompensa se agregan a Flex Card/Mastercard después de completar las actividades de bienestar identificadas.
Número de teléfono de contacto de servicio al cliente de la Parte D	(855) 645-8448	(888) 277-7940
Parte B - Terapia gradual para medicamentos de infusión en la casa	<u>No</u> se ofrece terapia gradual.	Se ofrece terapia gradual.
Plan de Pago de Recetas de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (888) 277-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para continuar en Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP no necesita hacer nada.

A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D (vaya a la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Dado que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

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

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 de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda de más para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, 24/7.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 7 p. m., para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina estatal de Medicaid.

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica (SPAP) de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa de Atención Médica Renal de Texas (Texas Kidney Healthcare Program, KHC) y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica del VIH de Texas (Texas HIV State Pharmacy Assistance Program, SPAP) que ayuda 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 sobre Seguros de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir ciertos criterios, incluyendo una prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda para compartir los costos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al THMP al (800) 255-1090. Cuando llame, asegúrese de decirles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a manejar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Toda persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **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 su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

- **Llame a Servicio al Cliente al (855) 645-8448. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas entre el 1 de octubre y el 31 de marzo de 7 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos principales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura* 2026**

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, vaya a la *Evidencia de cobertura* de 2026 para Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro 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-advantage/resource-center/plan-documents-materials>. También puede llamar a Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

- **Visite <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga orientación gratis sobre Medicare

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 (HICAP).

Llame al Programa de Consejería Defensa de la Información Médica (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) para obtener consejería personalizada gratis sobre seguros médicos. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) al (800) 252-9240. Obtenga más información sobre el Programa de

Información Médica, Consejería y Defensa (HICAP) visitando <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Obtenga ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted 2026***

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission) al (800) 252-8263. Usuarios de TTY (512) 424-6597, para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios.

health.plan.memorialhermann.org/medicare

855.645.8448 (TTY 711)

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

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

Derechos de autor © 2025 Memorial Hermann. Todos los derechos reservados.