

# Aviso anual de cambios para 2024

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

## Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle (HMO) *ofrecido por Memorial Hermann Health Plan, Inc.*

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.*

Este folleto le explica sobre los cambios en el plan. Para obtener información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está situada en nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios que podrían afectarlo en los beneficios o los costos. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (Customer Service) para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año del 15 de octubre al 7 de diciembre.**

---

#### Qué debe hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

##### 2. COMPARE: obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare y usted 2024*.

Después de elegir su plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, seguirá con Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.
- Puede cambiarse a un **plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Con esto terminará su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

### Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.
- También podemos darle información gratuita en letra grande, braille, grabación de audio u otros formatos alternativos si lo necesita.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

- Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO lo proporciona 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.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Memorial Hermann Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.

## **Aviso anual de cambios para 2024**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo .....	8
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	13
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO .....	18
Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan.....	18
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ...</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO.....	21
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21

## Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo se comparan los costos para 2023 y 2024 de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0.00	\$0.00
<b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b> Esto es lo <u>más</u> que usted pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más información).	\$3,400.00	\$3,200.00
<b>Visita en el consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita  Visitas al especialista: \$25.00 por visita	Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita  Visitas al especialista: \$20.00 por visita
<b>Estancia en el hospital como paciente hospitalizado</b>	\$350.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare	\$350.00 de copago por cada estancia en el hospital como paciente hospitalizado cubierto por Medicare
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0.00  Copago durante la etapa de cobertura inicial:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 1</b> (medicamentos genéricos preferidos):</li> </ul>	Deducible: \$0.00  Copago durante la etapa de cobertura inicial:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 1</b> (medicamentos genéricos preferidos):</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continúa)</b>	<i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No se ofrece</u>
	<i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 2</b> (medicamentos genéricos):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 2</b> (medicamentos genéricos):</li> </ul>
	<i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No se ofrece</u>
	<i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$18.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 3</b> (medicamentos de marca preferidos):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 3</b> (medicamentos de marca preferidos):</li> </ul>
	<i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No se ofrece</u>
	<i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 de copago por receta.
	Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continúa)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p>• <b>Medicamentos de nivel 4</b> (medicamentos de marca no preferidos):</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 de copago por receta.</p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100.00 de copago por receta.</p> </li> <li> <p>• <b>Medicamentos de nivel 5</b> (medicamentos especializados): Usted paga el 33% del costo.</p> </li> <li> <p>• <b>Medicamentos de nivel 6</b> (atención selecta):</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.</p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$8.00 de copago por receta.</p> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p>• <b>Medicamentos de nivel 4</b> (medicamentos de marca no preferidos):</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No se ofrece</u></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100.00 de copago por receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> </li> <li> <p>• <b>Medicamentos de nivel 5</b> (medicamentos especializados): Usted paga el 33% del costo.</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> </li> <li> <p>• <b>Medicamentos de nivel 6</b> (atención selecta):</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No se ofrece</u></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.</p> </li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continúa)</b>	<u>Cobertura catastrófica:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada receta, usted paga lo que sea mayor de estos: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe el trato de genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<u>Cobertura catastrófica:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no tiene que pagar nada.</li> </ul>

**Importante mensaje sobre lo que paga por insulina**

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.

**Importante mensaje sobre lo que paga por vacunas de la Parte D**

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

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

**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0.00	\$0.00

- La prima mensual del plan será *más* si usted debe pagar una penalización de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura para medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

## Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga como gastos de bolsillo por el año. Este límite se llama el máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza esa cantidad, normalmente usted ya no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Máximo de gastos de bolsillo</b>	\$3,400.00	\$3,200.00
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,200.00 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 las redes de proveedores y farmacias

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio; esto lo haremos en tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Máximo de gastos de bolsillo</b>	\$3,400.00	\$3,200.00
<b>Ahorros para adultos mayores en insulina en la Parte D de Medicare</b>	Usted paga \$35.00 de copago por insulinas selectas (SI) en farmacias preferidas o estándar por un suministro para 30 días. (Incluyendo el período sin cobertura).	El Programa de ahorros para adultos mayores de la Parte D de Medicare finaliza el 31 de diciembre de 2023.  Usted paga un copago de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.
<b>Servicios prestados por un médico, incluyendo la visita en el consultorio del médico</b>	Usted paga \$25.00 de copago por cada visita al especialista cubierta por Medicare.  Usted paga \$25.00 de copago por cada sesión individual o de grupo con un psiquiatra cubierta por Medicare.	Usted paga \$20.00 de copago por cada visita al especialista cubierta por Medicare.  Usted paga \$20.00 de copago por cada sesión individual o de grupo con un psiquiatra cubierta por Medicare.
<b>Servicios de podología</b>	Usted paga \$25.00 de copago por cada visita para servicios de podología cubiertos por Medicare.	Usted paga \$20.00 de copago por cada visita para servicios de podología cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios de telesalud</b></p>	<p>Usted paga \$25.00 de copago por cada visita de telesalud con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$25.00 de copago por cada sesión individual o de grupo de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$20.00 de copago por cada visita de telesalud con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$20.00 de copago por cada sesión individual o de grupo de telesalud con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios y suministros para capacitación en el control de su propia diabetes</b></p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos.</p>	<p>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre) en una farmacia de la red (comercio). Todas las demás marcas están excluidas. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>20% de coseguro por marcas de CGM preferidas (Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre/Libre2/Libre14) en una farmacia de la red (comercio). Todas las demás marcas están excluidas. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>
<p><b>Parte B - Insulina</b></p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, <u>no</u> existía una disposición de la Parte B del límite de costos para la insulina.</p>	<p>No paga más de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto que se suministre mediante una bomba de insulina de Equipo Médico Duradero (DME) según la Parte B.</p>
<p><b>Servicios de transporte</b></p>	<p>El plan proporciona al año hasta 10 traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud.</p> <p>(Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico).</p>	<p>El plan proporciona al año hasta 20 traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la salud.</p> <p>(Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Comida y productos agrícolas (Comestibles)</b></p>	<p>No se ofrece el beneficio de comida y productos agrícolas (comestibles).</p>	<p>\$500.00 de beneficio anual para comida y productos agrícolas (comestibles) aprobados para el miembro cuando se concluya con éxito un Programa de administración de casos.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p>	<p>\$400.00 de beneficio máximo anual para la compra de audífonos.</p>	<p>\$900.00 de beneficio máximo anual (combinado con la vista) para la compra de audífonos o anteojos y lentes (por ejemplo, lentes de anteojos, monturas para anteojos o lentes de contacto).</p>
<p><b>Atención de la vista</b></p>	<p>\$200.00 de beneficio máximo anual para la compra de anteojos y lentes (por ejemplo, lentes de anteojos, monturas para anteojos o lentes de contacto).</p>	<p>\$900.00 de beneficio máximo anual (combinado con la audición) para la compra de anteojos y lentes (por ejemplo, lentes de anteojos, monturas para anteojos o lentes de contacto) o para audífonos.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, comuníquese con:</p> <p><b>Liberty Dental:</b> <b>(866) 674-0114</b></p>	<p>Beneficio máximo anual del plan: \$2,500.00</p> <p><u>Servicios de prevención</u> Usted paga 0% de coseguro dentro de la red o el 20% de coseguro fuera de la red para examen bucal, profilaxis, radiografías y tratamientos con flúor.</p>	<p>Beneficio máximo anual del plan: \$2,500.00</p> <p><u>Servicios de prevención</u> Usted paga \$0.00 de copago dentro de la red o el 20% de coseguro fuera de la red para examen bucal, profilaxis, radiografías y tratamientos con flúor.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios dentales (continúa)</b>	<p data-bbox="634 264 883 296"><u>Servicios integrales</u></p> <p data-bbox="634 317 781 348">Usted paga:</p> <ul data-bbox="634 394 1016 1772" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="634 394 1016 533">• 0% de coseguro dentro de la red o 20% de coseguro fuera de la red por servicios de diagnóstico.</li> <li data-bbox="634 558 1016 730">• 20% de coseguro dentro de la red o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de restauración.</li> <li data-bbox="634 798 1016 970">• 20% de coseguro dentro de la red o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de periodoncia.</li> <li data-bbox="634 1066 1016 1239">• 20% de coseguro dentro de la red o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de endodoncia.</li> <li data-bbox="634 1356 1016 1528">• 20% de coseguro dentro de la red o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de extracción.</li> <li data-bbox="634 1625 1016 1772">• 20% de coseguro dentro de la red o 50% de coseguro fuera de la red por servicios no de rutina.</li> </ul>	<p data-bbox="1052 264 1300 296"><u>Servicios integrales</u></p> <p data-bbox="1052 317 1198 348">Usted paga:</p> <ul data-bbox="1052 394 1433 1808" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1052 394 1433 533">• \$0.00 de copago dentro de la red o 20% de coseguro fuera de la red por servicios de diagnósticos.</li> <li data-bbox="1052 558 1433 768">• \$8.00 hasta \$200.00 de copago dentro de la red, según el tipo del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de restauración.</li> <li data-bbox="1052 793 1433 1045">• \$5.00 hasta \$183.00 de copago dentro de la red, según el tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de periodoncia.</li> <li data-bbox="1052 1071 1433 1323">• \$9.00 hasta \$331.00 de copago dentro de la red, según el tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de endodoncia.</li> <li data-bbox="1052 1348 1433 1600">• \$22.00 hasta \$94.00 de copago dentro de la red, según la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de extracción.</li> <li data-bbox="1052 1625 1433 1808">• Los copagos dentro de la red dependen del tipo de servicio. 50% de coseguro fuera de la red por servicios no de rutina.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios dentales (continúa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro dentro o fuera de la red por prostodoncia, otras operaciones orales/ maxilofaciales, otros servicios.</li> </ul>	\$4.00 hasta \$1,027.00 de copago dentro de la red, según el tipo y la intensidad del servicio, o 50% de coseguro fuera de la red por servicios de prostodoncia, otras operaciones orales/ maxilofaciales, otros servicios.

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra “lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Lista de medicamentos cubiertos (formulario) o “Lista de medicamentos”. Puede obtener electrónicamente una copia de nuestra “Lista de medicamentos”. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” completa** llamando al Servicio de Atención al Cliente (vea la cubierta de atrás) o visitando nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/formulary-information-drug-list>.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos,” que podrían incluir quitar o incorporar medicamentos, cambiar las restricciones que se apliquen a su cobertura para ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si a su medicamento lo pasaron a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya sacado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la versión más actualizada.

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

**Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

**Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted. Hemos incluido una plantilla separada, llamada “Anexo adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como Anexo de subsidio por bajos ingresos o Anexo de LIS), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este folleto antes del 30 de septiembre de 2023, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el Anexo de LIS (LIS Rider).

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información de abajo muestra los cambios en las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas, la etapa de período sin cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica).

**Cambios en la etapa del deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: etapa del deducible anual</b>	Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial**

Consulte en la siguiente tabla los cambios de 2023 a 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por el suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No</u> se ofrece</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o de los pedidos por correo de medicamentos con receta, vea la sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p><b>Nivel 2 – Medicamentos genéricos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$18.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$39.00 por receta.</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$92.00 por receta.</p>	<p><b>Nivel 2 – Medicamentos genéricos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No</u> se ofrece</p> <p><b>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No</u> se ofrece</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:</b></p> <p><i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100.00 por receta.</p> <p><i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No</u> se ofrece</p> <p>Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<b>Nivel de medicamentos 5</b> (medicamentos especializados): Usted paga el 33% del costo.	<b>Nivel de medicamentos 5</b> (medicamentos especializados): Usted paga el 33% del costo.  Usted paga \$35.00 por suministro para el mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	<b>Nivel de medicamentos 6</b> (atención selecta): <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$8.00 de copago por receta.	<b>Nivel de medicamentos 6</b> (atención selecta): <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.
	<i>Costos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0.00 de copago por receta.	<i>Costos compartidos preferidos:</i> <u>No se ofrece</u>
	Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,660.00, pasará a la siguiente fase (etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$5,030.00, pasará a la siguiente fase (etapa del período sin cobertura).

**Cambios en la etapa de período sin cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la etapa de período sin cobertura ni a la etapa de cobertura catastrófica.**

**Comenzando en 2024, si llega a la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, vea las secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Costos compartidos de la Parte D</b></p>	<p>Los medicamentos de los Niveles 1 a 4 se ofrecen a un costo compartido preferido y a un costo compartido estándar.</p>	<p>Todos los medicamentos de los Niveles 1 a 4 se ofrecen a una cantidad de costo compartido estándar.</p>
<p><b>Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)</b></p> <p>Para obtener más información, visite nuestra página de Tarjeta Flex en: <a href="https://mhhp.org/flex">https://mhhp.org/flex</a></p> <p>Revise el saldo de su Tarjeta Flex en: <a href="https://mhhp-flex.org">https://mhhp-flex.org</a></p>	<p>No se ofrece la tarjeta de débito de gasto flexible (Tarjeta Flex).</p>	<p>La Tarjeta Flex incluye tres (3) categorías de gasto:</p> <p><b><u>Audición y vista</u></b></p> <p>\$900 de asignación anual combinada para audición y vista, para gastarla según sea necesario para anteojos y lentes o para audífonos.</p> <p><b><u>Venta libre (OTC)</u></b></p> <p>\$40.00 de asignación trimestral para productos OTC relacionados con la salud. Los productos pueden obtenerse por medio de su farmacia local o por el catálogo de Medline que proporciona el plan. Los fondos <u>no</u> se transfieren al siguiente trimestre si no se usan.</p> <p><b><u>Beneficio de comestibles</u></b></p> <p>Se podrán agregar \$500.00 de beneficio para comestibles en la Tarjeta Flex (una vez por cada año de beneficios) cuando concluya con éxito un Programa de administración de casos. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA.</p>

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Autorización previa</b>	Se exige autorización previa solo para los medicamentos de la Parte B de más de \$1,000.	<u>Se podría</u> exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

Para mantenerse en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.

### Sección 3.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiarse de plan para el año 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente.
- – *O* – puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 sobre la potencial penalización por inscripción tardía en la Parte D

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el folleto *Medicare y usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia con el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program) (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2). Le recordamos que Memorial Hermann Health Plan ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

#### Paso 2: cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.

- Para cambiarse a **Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO.
- Para cambiarse a **Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información de cómo hacerlo.
  - – *O* – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

### ¿Hay otras oportunidades en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Entre los ejemplos se incluyen las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que tienen o abandonan la cobertura del empleador y los que se mudan fuera del área de servicio.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita 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 Health Information Counseling and Advocacy Program (Programa de información médica, consejería y defensa, HICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación **gratuita** sobre seguro médico local a personas que tienen Medicare. Los consejeros del Programa de información médica, consejería y defensa (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Ellos pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare

y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de información médica, consejería y defensa (HICAP) al (800) 252-9240. Puede obtener más información sobre el Programa información médica, consejería y defensa (HICAP) en su sitio web (<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Abajo encontrará una lista de distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducible anual y coseguro. Además, los que califiquen no tendrán el período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene dos programas llamados Programa para la salud renal (KHC) de Texas y Programa estatal de asistencia farmacéutica para el VIH (SPAP) de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a asegurarse que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo pruebas de residencia en el estado y de su situación con el VIH, ingresos bajos según la definición del estado y estar sin seguro/tener seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP, califican para la ayuda para los costos compartidos de medicamentos con receta por medio de Texas HIV Medication Program (THMP), P.O. Box 14947, MSJA-MC1873, Austin, TX 78741-9347, [www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds](http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds). Para obtener más información de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (800) 255-1090.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio de Atención al Cliente al (855) 645-8448 (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea la *Evidencia de Cobertura 2024* (tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, vea la *Evidencia de cobertura 2024* de Memorial Hermann *Advantage* Golden Triangle HMO. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos con receta y servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está situada en nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios que podrían afectarlo en los beneficios o los costos. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*)/“*Lista de medicamentos*”.

### Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre los costos, la cobertura y calificación de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare y usted 2024***

Lea el folleto *Medicare y usted 2024*. Este folleto se envía por correo todos los otoños a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

[health.plan.memorialhermann.org/medicare](https://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).



Derechos de autor © 2023 Memorial Hermann. Todos los derechos reservados.

