

Plan Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP)

- Especialmente diseñado para las personas que tienen Medicare y Medicaid
- Entienda el plan y los beneficios
- Elija a Memorial Hermann como su socio para la atención médica



PLANES DE MEDICARE PENSADOS PARA USTED.

Gracias por pedir información sobre el plan Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP, un plan de Medicare Advantage con el apoyo de Memorial Hermann Health System, un nombre de confianza en la atención médica.

Con el plan Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP, los miembros obtienen una atención y una cobertura excepcionales con un plan integral que combina sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, sus beneficios de Medicaid y beneficios extra que no proporcionan ni Medicare ni Medicaid.

Además, podrá coordinar la atención con más de 6,000 médicos y especialistas afiliados, junto con una amplia red de centros y servicios de atención médica disponibles en la red del plan Memorial Hermann *Advantage* HMO.

Su salud es importante para nosotros, y estamos orgullosos de ofrecerle la cobertura integral que necesita con la atención local de alta calidad que se merece.

Para obtener más información, visítenos en **mhhp.org/ma-kit** o llámenos al **833.796.1221** (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, para hablar con un consejero de Memorial Hermann *Advantage* hoy mismo.



EMPECEMOS

¿Es nuevo en Medicare?

Elegibilidad

Usted es elegible para Medicare Original si es ciudadano legal de EE. UU., es mayor de 65 años, tiene una discapacidad que haga que califique o tiene una enfermedad renal en etapa terminal.

Entienda los aspectos generales

Hay cuatro partes de Medicare (A, B, C y D), y cada una de ellas ofrece un tipo específico de cobertura de atención médica.

¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage, también conocida como la Parte C, es una cobertura médica que se ofrece mediante un plan médico privado. Los planes de Medicare Advantage suelen incluir las Partes A, B y D, y otros beneficios médicos, como asignaciones para la visión y la audición.

Sepa cuándo debe inscribirse

La inscripción en Medicare Original no es automática. Para evitar una penalización, asegúrese de inscribirse en el plazo de inscripción que le corresponda.

¿Ya tiene Medicare?

Revise su plan médico actual

Evalúe su plan médico actual y haga cambios si ya no se ajusta a sus necesidades de atención médica.



Sepa las fechas importantes

Hay un período determinado en que se le permite hacer cambios en su cobertura médica actual.

CONOZCA SUS OPCIONES DE COBERTURA

Hay dos opciones principales de cobertura para las personas elegibles para Medicare. El costo y la cobertura son diferentes para cada opción, por lo que es importante que identifique el nivel de cobertura integral que usted quiere para que se ajuste a sus necesidades de salud, presupuesto y estilo de vida.

PASO 1:

INSCRÍBASE EN MEDICARE ORIGINAL

PARTE A



+

PARTE B



AYUDA A CUBRIR:

Estancias en el hospital Centro de enfermería especializada Atención de hospicio Servicios de rehabilitación

AYUDA A CUBRIR:

Visitas al médico Servicios para pacientes ambulatorios Servicios de ambulancia Equipo médico

PASO 2:

SI ES NECESARIO, ELIJA UNA COBERTURA ADICIONAL

OPCIÓN 1:

Agregue uno o más de estos planes para complementar sus beneficios de Medicare Original



PARTE D

Ayuda a cubrir los medicamentos con receta y se ofrece mediante compañías privadas.



MEDIGAP O PLANES COMPLEMENTARIOS

Ayudan a cubrir algunos o todos los costos que no están cubiertos por las Partes A y B.



Cambie a un plan de Medicare Advantage (MA) para obtener beneficios que no estén cubiertos por Medicare Original



PARTE C

Los planes MA combinan las Partes A y B.



PARTE D

La mayoría de los planes también cubren los medicamentos con receta.



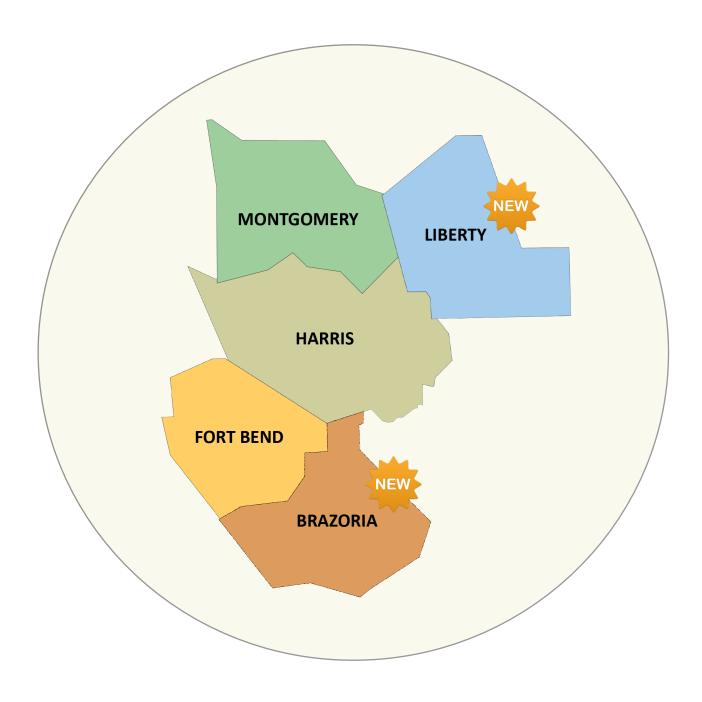
OTROS BENEFICIOS

Algunos planes incluyen beneficios dentales, de la visión y de la audición, incentivos de fitness y más.

¿POR QUÉ ELEGIR MEMORIAL HERMANN MEDICARE ADVANTAGE?

Tomar una decisión sobre la cobertura de seguro de Medicare puede ser abrumador, pero no tiene por qué ser así. Ahora puede elegir un plan con apoyo de Memorial Hermann Health System, que ofrece el mismo compromiso y los mismos altos estándares de atención que usted conoce y en los que confía desde hace más de 100 años.

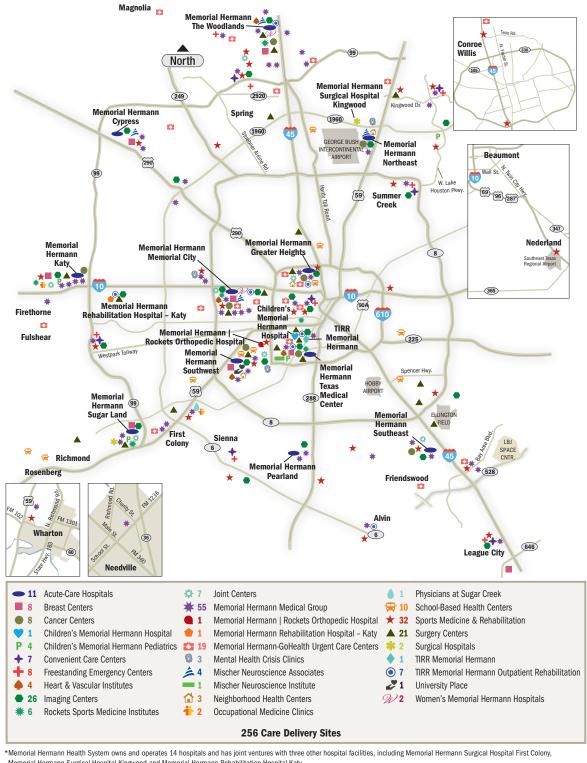
El plan Memorial Hermann Dual *Advantage* está diseñando para personas que tienen Medicaid y Medicare, y que viven en los siguientes condados:



UNA COBERTURA CON LA QUE PUEDE CONTAR

Eligiendo el plan Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP, obtendrá una cobertura médica totalmente vinculada a su atención en el Área metropolitana de Houston. Esto significa que los médicos participantes, Memorial Hermann Health System y su plan de Medicare estarán todos en el mismo equipo, trabajando juntos y de forma exclusiva para usted.

17* Hospitales +70+6K Proveedores afiliados especializados y grupos médicos atención de urgencia



Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood and Memorial Hermann Rehabilitation Hospital-Katy

4409382-5/23

ELIJA EL PLAN QUE MÁS LE CONVENGA

Con un plan doble, como el Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO D-SNP, podría obtener más beneficios que con Medicaid o Medicare solamente. El plan Memorial Hermann Dual Advantage también incluye muchos beneficios extra y características como:

	Beneficios y características	Medicare Original	Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP
S A	Beneficios médicos ¹	No	Sí
	Estancias en el hospital	No	Sí
	Atención de médicos y ambulatoria	Debe pagar el 20 %	Sí
<u> </u>	Cobertura para medicamentos con receta (Parte D), sin costo adicional	No	Sí
	Opciones de atención virtual, como Teladoc	No	Sí
	Beneficios de fitness y programa de bienestar, sin costo adicional	No	Sí
	Programa de bienestar Healthy Advantage	No	Hasta \$180 en recompensas con tarjetas de regalo por pruebas médicas de rutina
_ (0	Tarjeta de gastos flexibles²	No	Sí
	Beneficios dentales	No	\$4,000 de cobertura integral
	Visión y audición (la tarjeta Flex cubre el costo)	No	\$1,000
(+)	Productos de venta sin receta (la tarjeta Flex cubre el costo)	No	\$200 por trimestre
	Beneficio de transporte	No	Traslados ilimitados de ida o vuelta a un lugar relacionado con la atención médica al año
	Beneficio de comidas	No	(10) comidas después de un ingreso como paciente hospitalizado
-	Subsidio para comestibles (la tarjeta Flex cubre el costo)	No	\$240 por trimestre

Los copagos y los costos compartidos representan a una persona que tiene todos los beneficios de Medicare y Medicaid.

Los copagos y los costos compartidos serán diferentes si la persona no tiene doble elegibilidad completa.

¿QUIÉN SE PUEDE INSCRIBIR?

Para que lo consideren doblemente elegible tendrá que cumplir uno de estos requisitos básicos:

- Ser mayor de 65 años y tener Medicare y Medicaid.
- O ser menor de 65 años y tener una discapacidad que haga que califique

Las personas que cumplan uno de estos requisitos básicos también deberán estar inscritas en la Parte A o en la Parte B de Medicare y recibir todos los beneficios de Medicaid o ayuda con las primas o los costos compartidos de Medicare por medio de una de las siguientes categorías del "Programa de ahorros de Medicare" (MSP):

QMB

Beneficiario calificado de Medicare

Este programa proporciona ayuda económica para pagar las primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y de la Parte B.

QMB+

Beneficiario calificado plus de Medicare

Los beneficiarios QMB Plus reciben asistencia con los mismos gastos de Medicare que los QMB, pero también tienen todos los beneficios de Medicaid.



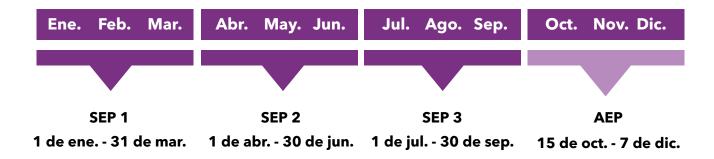
Programa de beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados

Medicaid paga la prima de la Parte B y se proporcionan todos los beneficios.

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME?

Si ahora es elegible para Medicare y Medicaid, puede inscribirse en cualquier momento del año, sin restricciones.

Si ya tiene Medicare y Medicaid, o ya tiene un D-SNP, puede cambiar de plan hasta 4 veces al año:



Para obtener más información sobre los Planes para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP), la elegibilidad para Medicare y los períodos de inscripción, visite **Medicare.gov**.

¿NECESITO UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE?

Medicare puede ser confuso, y es importante que conozca todas sus opciones de cobertura. Antes de elegir un plan de Medicare, analice las preguntas de abajo:

	SÍ	NO
¿Tengo/tendré las Partes A y B de Medicare?		
¿Tengo/tendré que tomar medicamentos con receta?		
¿Necesito/necesitaré cobertura dental, de la audición o de la visión?		
¿Sigue/seguirá cubriendo mis necesidades mi cobertura médica actua	1?	
¿Quiero un enfoque proactivo para manejar mi salud y mi bienestar?		





LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ANTES DE LA INSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión para inscribirse, es importante que entienda completamente los beneficios y las reglas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicio al cliente llamando al **855.645.8448** (TTY 711).

Entie	nda los beneficios
	Revise la lista completa de beneficios que se mencionan en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente los servicios para los que usted consulta habitualmente a un médico. Visite mhhp.org/ma o llame al 855.645.8448 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
	Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tenga que elegir un nuevo médico.
	Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para los medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.
	Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
Entie	nda las reglas importantes
	Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
	Si no es Beneficiario calificado plus de Medicare (QMB+), Beneficiario calificado de Medicare (QMB), Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB+) ni Beneficiario con todos los beneficios y doblemente elegible (FBDE), es posible que tenga que pagar una prima. Llame a Memorial Hermann o hable con su agente de ventas para obtener información completa según su situación específica.
	Debe mantener el estatus de Medicaid para seguir siendo elegible para el plan.
	Este plan es un Plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP). Se podrá inscribir si se verifica que tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal según Medicaid.
	Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).

¿CUÁL ES MI PRÓXIMO PASO?

Si tiene preguntas, necesita más información o está listo para inscribirse, estamos aquí para ayudarlo en cada etapa del proceso.



TELÉFONO

Hable con un consejero de Memorial Hermann *Advantage* para obtener más información o, si ya está listo, para inscribirse fácilmente por teléfono. Llámenos al **833.796.1221** (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro.



VIRTUAL

Por su comodidad, pida una visita virtual con un consejero de Memorial Hermann *Advantage*, sin obligación de inscribirse. Llame al **833.796.1221** (TTY 711) para programar la visita.



EN PERSONA

Programe una consulta individual con un consejero de Memorial Hermann *Advantage* en la comodidad de su casa (siguiendo las directrices de los CDC y las precauciones establecidas por su seguridad). Llame al **833.796.1221** (TTY 711) para programar la consulta.



EN LÍNEA

Visite **mhhp.org/ma-kit** para obtener más información sobre nuestros planes, para inscribirse en los webinarios/seminarios disponibles o para inscribirse en línea de forma segura.



ASISTENCIA A SEMINARIOS

Reserve su lugar en un seminario de Medicare Advantage para obtener más información sobre las opciones que tiene cerca de usted. Regístrese en **mhhp-medicare.com/seminars.**

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN



Complete la información como aparece en su tarjeta de Medicare



Verifique que toda la información proporcionada sea correcta y responda todas las preguntas



Asegúrese de que su dirección de residencia permanente sea correcta



Elija con detenimiento el plan que más le convenga



 Proporcione el nombre de su médico de atención primaria (PCP)



Firme y feche claramente donde se indica



 Comuníquese con Memorial Hermann Advantage si necesita ayuda

Texto en varios idiomas Servicios de intérpretes de varios idiomas



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-645-8448. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-645-8448. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务,帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务,请致电 1-855-645-8448。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問,為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務,請致電 1-855-645-8448。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-645-8448. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-645-8448. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-645-8448 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-645-8448. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-645-8448번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-645-8448. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит порусски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم. سيقوم شخص ما يتحدث العربية8448-546-558-1بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا . على مجانبة

Hindi: हमारे सवा य या दवा की योजना के बारे आपके किसी भी पर न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफत दुभाषिया सेवाएँ उपल . एक दुभाषिया परापत करने के लिए, बस ह 1-855-645-8448 पर फोन क . कोई वयकित जो हिनदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफत सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-645-8448. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-645-8448. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-645-8448. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-645-8448. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳 サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-645-8448にお電話ください。日本語を話す人者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Los beneficios y las características varían según el plan. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llámenos al 833.796.1221 (TTY 711) para obtener más información.

Este plan es un Plan para necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP). Se podrá inscribir si se verifica que tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal según Medicaid.

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

²Tarjeta Flex cargada con el beneficio de \$240 para comestibles por trimestre que no se puede transferir y que no requiere la inscripción en un programa de administración de casos. La tarjeta Flex se puede usar para cubrir costos relacionados con la visión, la audición, productos OTC y comestibles cuando corresponda. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA.

Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO, prestado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan.

Memorial Hermann *Advantage* cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Para obtener adaptaciones para personas con necesidades especiales en las reuniones, llame al 855.645.8448 (TTY 711).

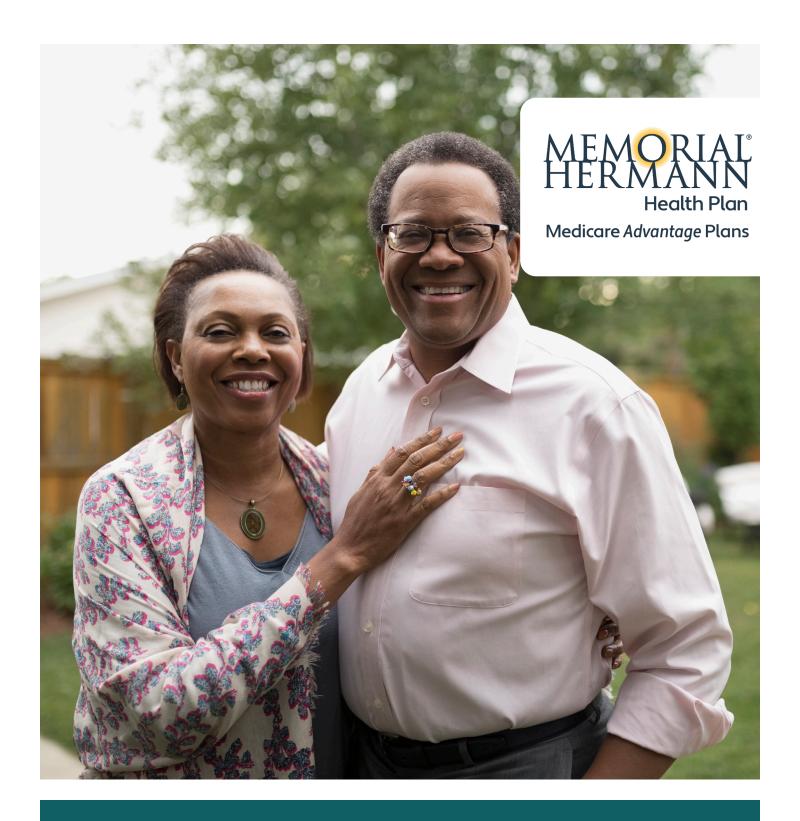
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 833.796.1221 (TTY 711).

Copyright © 2023 Memorial Hermann. Todos los derechos están reservados.

H7115_MKSInfoKitDsnp24_M Aprobado por CMS el 9/5/2023







RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2024

Memorial Hermann Dual *Advantage* HMO Dual Special Needs Plan (D-SNP)

Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

H7115, Plan 005

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Este documento de resumen beneficios ofrece un panorama de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann** *Dual Advantage* **HMO D-SNP** del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

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 sobre los beneficios entregada no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame y pida la "Evidencia de cobertura".

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 y Usted". Consúltelo en línea en 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 braille, letra grande, audio o en un idioma diferente al inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al Servicio de atención al cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para obtener más información o visítenos en: https://healthplan.memorialhermann.org/medic are/. El horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Este plan es un **Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)** para personas que tienen Medicare y Medicaid. Usted puede inscribirse en Memorial Hermann *Advantage* D-SNP HMO si se encuentra en una de las tres (3) categorías:

Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+)

Recibe cobertura de Medicaid del gasto compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, el coseguro y la cantidad del copago de la Parte A y de la Parte B. Usted cubre los copagos de medicamentos recetados de la Parte D.

Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)

Recibe cobertura de Medicaid del gasto compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga las cantidades de las primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y de la Parte B. Usted cubre los copagos de medicamentos recetados de la Parte D.

Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB+)

Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga su prima de la Parte B y le ofrece los beneficios completos de Medicaid. También puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la agencia estatal de Medicaid para pagar las cantidades de los costos compartidos de Medicare. En general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar gastos compartidos cuando un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid.

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 gasto compartido lo paga su beneficio de Medicaid para los siguientes servicios cubiertos por Medicaid.

	Dual Advantage HMO D-SNP	Medicaid
Atención preventiva	Cubierto	Cubierto
Visitas en el consultorio médico	Cubierto	Cubierto
Atención hospitalaria	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para	Cubierto	Cubierto
pacientes ambulatorios		
Laboratorio de diagnóstico y radiografías	Cubierto	Cubierto
Servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Beneficios de medicamentos	Cubierto	Cubierto
recetados		
Atención de salud mental para	Cubierto	Cubierto
pacientes hospitalizados		
Servicios de salud mental para	Cubierto	Cubierto
pacientes ambulatorios		
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	Cubierto	Cubierto
urgencia		
Ambulancia	Cubierto	Cubierto
Transporte	Cubierto	Cubierto
Diálisis renal	Cubierto	Cubierto
Atención médica en casa	Cubierto	Cubierto
Aparatos ortopédicos	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería	Cubierto	No cubierto*
especializada (SNF)		
Atención de hospicio	Cubierto	No cubierto*

Memorial Hermann

^{*}Si un servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid, los miembros del programa SLMB+ tendrán un gasto compartido del 20%.

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Prima mensual del plan	\$0 al mes Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 de deducible para gastos médicos
Deducible de la Parte D	\$0 al año para medicamentos recetados de la Parte D Como miembro de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP, su deducible se paga mediante su beneficio de "Ayuda adicional".
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	No paga más de \$8,850 al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos del año. Nuestros miembros de Memorial Hermann <i>Dual</i> <i>Advantage</i> HMO D-SNP rara vez alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.
Hospital para pacientes hospitalizados	
Estancia para pacientes hospitalizados	Usted paga \$0 por cada estancia de paciente hospitalizado.
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	
Servicios hospitalario para pacientes ambulatori	os
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Usted paga \$0
Cirugía para paciente ambulatorio	Usted paga \$0
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	
Visitas al médico	
Proveedor de atención primaria (PCP)	Usted paga \$0
Especialistas (no se necesita remisión)	Usted paga \$0
Visita del proveedor de telesalud con PCP o especialistas	Usted paga \$0
Visita en el consultorio virtual de Memorial Hermann https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit	Usted paga \$0
Visitas virtuales exclusivamente mediante Teladoc	Usted paga \$0

		Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP
Res	umen de beneficios	Lo que pagará
Ate	nción preventiva	
0	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	Copago de \$0
0	Visita anual de bienestar	Consulte la Evidencia de cobertura para obtener
0	Medición de la masa ósea	más información sobre estos servicios preventivos
0	Prueba de detección de cáncer de mama	cubiertos por Medicare.
0	Pruebas de enfermedades cardiovasculares	
	cada 5 años	
0	Prueba de detección de cáncer cervical	
	y vaginal Prueba de detección de cáncer colorrectal	
0	Prueba de detección de depresión	
0	Prueba de detección de diabetes	
0	Prueba de detección de hepatitis C	
0	Prueba de detección de VIH	
0	Prueba de detección de cáncer de pulmón	
0	Terapia de nutrición médica	
0	Programa de prevención de diabetes de	
	Medicare (MDPP)	
0	Prueba de detección y terapia de obesidad	
0	Prueba de detección de cáncer de próstata	
0	Prueba de detección y orientación para	
	reducir el consumo indebido de alcohol	
0	Prueba de detección de infecciones de	
	transmisión sexual (STI)	
0	Orientación para dejar de fumar	
0	Vacunas de la gripe, hepatitis B, COVID-19 y neumonía	
0	Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"	
Ser	vicios de emergencia y necesarios de urgenc	ia
	nción médica de emergencia	Usted paga \$0
, ((0)	iolon modica do omengonola	Este copago no aplica si lo hospitalizan en un plazo
		de 48 horas.
Ater	nción medica de emergencia en todo el mundo	Usted paga \$0
	5	Este copago no aplica si lo hospitalizan en un plazo
		de 48 horas.
Trar	nsporte de emergencia en todo el mundo	Usted paga \$0

Usted paga **\$0**

Usted paga \$0

Servicios necesarios de urgencia

Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo

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

5

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes

Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare

Servicios de laboratorio

Radiografías

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

Se necesita autorización previa para algunos servicios.

Usted paga **\$0** por prueba de diagnóstico o procedimiento.

Usted paga \$0 por servicios de laboratorio.

Usted paga **\$0** por radiografías.

Usted paga \$0 por prueba/servicio.

Servicios de audición

Examen de audición anual cubierto por Medicare

Examen de audición periódico hecho por PCP

Examen de audición hecho por un audiólogo

Aparatos auditivos
*(Cantidad del beneficio combinada con la visión)

Usted paga \$0

Usted paga **\$0** por el examen básico de audición y de equilibrio.

Usted paga **\$0** por el examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio.

\$1,000* de asignación total anual para aparatos auditivos, ambos oídos combinados

Servicios dentales

Beneficio máximo anual del plan de \$4,000

Servicios preventivos

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

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.

Servicios integrales

- Diagnóstico
- Restauración (empastes, puentes)
- Periodoncia (raspado, alisado radicular)
- Endodoncia (tratamiento radicular)
- Extracciones
- Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)
- Otra cirugía bucal/maxilofacial
- Otros servicios
- Servicios no periódicos

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, restauraciones, endodoncias, periodoncias y servicios no periódicos dentro de la red.

Usted paga **\$0** por extracciones, restauraciones, endodoncias, periodoncias y servicios no periódicos fuera de la red.

	Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP
Resumen de beneficios	Lo que pagará
Servicios dentales (continuación) Los beneficios dentales los ofrece Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite el sitio web en: https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist	Usted paga \$0 por servicios de prótesis, otras cirugías bucales/maxilofaciales y otros servicios dentro y fuera de la red.
Servicios de la vista	
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Usted paga \$0
Exámenes periódicos de la vista	Usted paga \$0
Pruebas de detección de glaucoma	Usted paga \$0 por una evaluación anual
Pruebas de detección de retinopatía diabética para diabéticos	Usted paga \$0 por una evaluación anual
Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas) *(Cantidad del beneficio combinada con la audición)	\$1,000* de beneficio total anual para anteojos y lentes o lentes de contacto
Servicios de salud mental/abuso de sustancias	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga \$0 por estancia
Terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor que no es un médico	Usted paga \$0
Terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra	Usted paga \$0
Programa de tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0
Programa de tratamiento de opioides para pacientes hospitalizados	Usted paga \$0 por estancia
Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Usted paga \$0
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Centro de enfermería especializada	
Días 1 – 20	Usted paga \$0
Días 21 – 100	Los miembros del programa QMB pagarán \$0. Los miembros del programa SLMB+ pagarán
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	el 20 %.
Servicios de rehabilitación	
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga \$0
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$0
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga \$0
Atención quiropráctica Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación	Usted paga \$0
Acupuntura Para el tratamiento del dolor lumbar crónico	Usted paga \$0
Ambulancia	
Ambulancia terrestre (solo ida)	Usted paga \$0
Ambulancia aérea (solo ida)	Usted paga \$0
Se necesita autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.	
Transporte	
Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico.	Traslados ilimitados de ida a un lugar relacionado con la salud al año
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Quimioterapia/medicamentos de radiación	Usted paga \$0
Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga \$0
Es posible que se necesite autorización previa para los medicamentos de la Parte B.	

	Memorial Hermann <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP
Resumen de beneficios	Lo que pagará
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 \$0
Es posible que se necesite autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.	
Atención médica en casa	
Visita médica en casa cubierta por Medicare	Usted paga \$0
Cuidados paliativos en casa	Usted paga \$0
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	
Servicios y suministros para diabéticos	
Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare	Usted paga \$0
Capacitación para el control de su propia diabetes	Usted paga \$0
Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (One Touch de Life Scan y Accu-Chek de Roche)	Usted paga \$0
Zapatos o plantillas terapéuticas hechos a medida cubiertas por Medicare	Usted paga \$0
Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a nuestros fabricantes preferidos, DexCom G6/G7 y Freestyle Libre/Libre 2/Libre 14. Es posible que solo cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es adecuada para sus necesidades médicas.	Usted paga \$0 por las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (retail). Todas las otras marcas están excluidas.
Equipo médico duradero (DME)	
Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión de IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Usted paga \$0
Pelucas para pacientes de quimioterapia	Usted paga \$0
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	

	Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP
Resumen de beneficios	Lo que pagará
Hospicio	
Los servicios cubiertos incluyen medicamentos para el control de los síntomas y analgésicos, atención de relevo a corto plazo y atención en casa.	Cubierto
Pueden aplicar reglas de autorización previa.	
Servicios telefónicos/virtuales	
Visitas virtuales mediante médicos de atención primaria	Usted paga \$0
Visitas virtuales de especialistas	Usted paga \$0
Servicios necesarios de urgencia	Usted paga \$0
 Sesiones individuales y de grupo para: Servicios especializados de salud mental Servicios psiquiátricos Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios 	Usted paga \$0 Usted paga \$0 Usted paga \$0 Usted paga \$0
Visita en el consultorio virtual de Memorial Hermann https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit	Usted paga \$0
Visita telefónica 24/7 disponible mediante Teladoc . Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com/ .	Usted paga \$0
Programa de bienestar y recompensas de Healtl	ny Advantage
Complete las siguientes actividades para ganar premios: Evaluación anual de riesgos para la salud Consulta anual de bienestar Prueba de detección de cáncer de mama Prueba de detección de cáncer de colon Examen de retina 	Gane hasta \$180 en premios de tarjetas de recompensas para bienes y servicios aprobados por CMS.

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Comidas

Comidas dadas inmediatamente después del alta del paciente hospitalizado.

Hasta 10 comidas entregadas por alta hospitalaria

Artículos de venta libre (OTC)

El plan da un beneficio para ciertos artículos OTC aprobados por CMS cada tres (3) meses. Los fondos no utilizados al final del trimestre <u>no</u> se transfieren al siguiente.

Asignación máxima de \$200 por trimestre

Alimentos y productos (comestibles)

El plan ofrece un beneficio anual para alimentos y productos (comestibles) aprobados para el miembro cuando se concluya con éxito un Programa de administración de casos.

\$240 por trimestre (los fondos no utilizados se <u>transferirán</u> al siguiente trimestre).

Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)

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

Audición y vista

Hay una asignación anual combinada para la audición y la vista, para gastarla según sea necesario para lentes o para aparatos auditivos. Asignación combinada anual de \$1,000

Artículos de venta libre (OTC)

Beneficio de OTC cada tres (3) meses por artículos aprobados por CMS. Los fondos no utilizados al final del trimestre <u>no</u> se transfieren al siguiente.

Asignación trimestral de \$200

Beneficio de comestibles

Se podría agregar un beneficio de comestibles a la tarjeta Flex cuando concluya con éxito un Programa de administración de casos. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA. Asignación trimestral de **\$240** (los fondos no utilizados se <u>transferirán</u> al siguiente trimestre)

Administración de casos

Un administrador de casos es un enfermero registrado (RN) que da atención personalizada al miembro, centrado en mantener el bienestar y la independencia. Algunos ejemplos incluyen:

- ayudar a comprender un nuevo diagnóstico y cómo manejarlo;
- encontrar un nuevo proveedor en la red; y
- ayudar a un miembro a encontrar recursos de la comunidad si tiene dificultades para pagar las facturas o tiene problemas para moverse de manera segura en casa.

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Beneficios adicionales para la salud y el bienestar

Membresía del centro de fitness

Entre las formas nuevas y divertidas de ponerse en forma y mantenerse sano, el programa Silver & Fit incluye:

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

Se debe utilizar un club de fitness contratado disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.

American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), ofrece el programa Silver&Fit. Silver&Fit es una marca comercial a nivel federal de ASH y se usa con su permiso. Los kits están sujetos a cambios. La participación en centros de fitness puede variar según el lugar y están sujetos a cambios.

Copago de **\$0** para el programa de fitness mediante el programa de kit de ejercicios en casa

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)

Fase de deducible

Deducible de **\$0** para medicamentos de la Parte D Como miembro de **Memorial Hermann** *Dual Advantage* **HMO D-SNP**, el deducible se paga mediante su beneficio de "Ayuda adicional".

Fase de cobertura inicial

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los 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 **\$5,030**.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, es elegible para reducir los gastos compartidos.

- Los gastos compartidos para los medicamentos genéricos recetados elegibles serán de \$0, \$1.55 o \$4.60 dependiendo del nivel de "Ayuda adicional".
- El gasto compartido para medicamentos de marca elegibles será de \$0, \$4.50 o \$11.20 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.

Cobertura inicial	Gastos compartidos de retail (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)	Gastos compartidos de retail (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)	Gastos compartidos de pedidos por correo (Suministro para 90 días) mediante Costco
Nivel 1: Genérico preferido	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 2: Genérico	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 4: Medicamento no preferido	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 5: Especialidad	Usted paga \$0	No disponible	No disponible
Nivel 6: Atención selecta	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0

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

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) no tienen copago para este nivel y se limitan a medicamentos genéricos selectos, frecuentemente recetados para tratar condiciones médicas continuas como presión alta, colesterol y diabetes.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: 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.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D) (continuación)

Período sin cobertura:

Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo por despacho) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.

Permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" del año a la fecha (el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D) lleguen a un total de \$8,000. Medicare estableció esta cantidad y las normas para el cálculo de los costos en relación con esta cantidad.

Los medicamentos de atención selecta (nivel 6) están disponibles con un copago de **\$0** durante el período sin cobertura.

No todos accederán al período sin cobertura.

Cobertura catastrófica:

Usted califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamento hayan llegado al límite de **\$8,000** para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Farmacia de pedidos por correo

Reciba un suministro hasta de 90 días del medicamento mediante Costco. No es necesario ser miembro de Costco para usar el servicio de farmacia de pedidos por correo.

Red de farmacias

Para obtener más información sobre la red de farmacias, visite nuestro sitio en: https://healthplan.memorialhermann.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory.



H7115_PDSSBHMO00524_M CMS Accepted 09/23/2023

ERMANN
Health Plan

OMB n.° 0938-1378
Vencimiento: 7/31/2024

INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un Plan Medicare Advantage o un Plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

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

Importante: para inscribirse en un Plan Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Se puede inscribir en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura comenzando el 1 de enero)
- En los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a: Memorial Hermann *Advantage* P.O. Box 19909 Houston, TX 77224-1909

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con

este formulario? Llame a Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: llame a Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites burocráticos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA.

Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicare para medicamentos con receta solo durante el Período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Plan de Medicare para medicamentos con receta fuera del período anual de inscripción.

Si se está inscribiendo fuera del Período anual de inscripción (AEP), lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla, si la declaración se aplica a su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, es elegible para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que le cancelen la inscripción.

Soy nuevo en Medicare.
Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.
Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte fecha)
Salí recientemente de la cárcel. Salí el (inserte fecha)
Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (inserte fecha)
Recientemente obtuve el estatus de permanencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (inserte fecha)
Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (inserte fecha)
Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda de más para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la Ayuda de más por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda de más o perdí la Ayuda de más) el (inserte fecha)
Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la Ayuda de más para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera de un centro el (inserte fecha)

Recientemente salí de un Programa PACE el (inserte fecha)	
Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (prácticamente, como si fuera Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (inserte fecha)	
Saldré de la cobertura del empleador o del sindicato el (inserte fecha)	
Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que presta mi estado.	
Mi plan está finalizando su contrato con Medicare o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.	
Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte fecha)	
Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (inserte fecha)	
Resulté afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.	
Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann <i>Advantage</i> al (855) 645-8448 para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos 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. Abrimos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY	

deben llamar al 711.



Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios				
(a menos que se marquen como opcionales)				
Seleccione el plan en el que se quiere inscribir: Advantage HMO, \$0 al mes Dual Advantage HMO D-SNP, \$0 al mes Advantage Golden Triangle HMO, \$0 al mes Prime Value MA Only HMO, \$0 al mes				
Primer nombre: Apellido: Inicial del segundo nombre (opcional):				
Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA Sexo: Masculino Femenino	Teléfono celular: Número alternativo (si no tiene celular):			
Dirección física de residencia permanente (no escriba un P.O. Box): Correo electrónico:				
Ciudad: Condado:	Estado: Código postal:			
Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite P.O. Box): Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:				
Su información de Medica	are:			
Número de Medicare:				
Responda estas preguntas impe	ortantes:			
¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No No	ímero de Medicaid:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Memorial Hermann Advantage? Sí No				
Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertu	ra: Número de grupo para esta cobertura:			
IMPORTANTE: Lea y firme a	abajo:			
 Debo conservar tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Memorial Hermann Advantage. Inscribiéndome en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con receta de Medicare, reconozco que Memorial Hermann Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU. Entiendo que cuando comience mi cobertura de Memorial Hermann Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Memorial Hermann Advantage. Los beneficios y servicios prestados por Memorial Hermann Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Memorial Hermann Advantage (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Memorial Hermann Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y 				
2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida. Firma: Fecha de hoy:				
Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campo				



Nombre:	Dirección:			
Teléfono:	Relación con el afiliado:			
Nombre del miembro del personal/agente/bróker (si ayudó en la inscripción): Id. del agente/bróker:				
Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.				
Responder a estas preguntas queda a su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.				
¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo No, no de origen hispano, latino ni español Si, puertorriqueño Sí, otro origen hispano, latino o español Elijo no responder.	que corresponda. Sí, mexicano, mexicano americano, chicano Sí, cubano			
☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Elijo no responder.	Guameño o chamorro Nativo hawaiano islas del Pacífico Samoano			
Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.				
Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible. Braille Letra grande CD de audio				
Comuníquese con Memorial Hermann <i>Advantage</i> al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711				
	Trabaja su cónyuge? Sí No			
Mencione su Médico de atención primaria (PCP) y el lugar de su consultorio O Centro médico y lugar del consultorio:				
Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. Seleccione uno o más. Directorio de proveedores y farmacia Comunicaciones para miembros				
Pago de sus primas del plan				
Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.				
Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta otra cantidad además de la prima de su plan. Generalmente, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Memorial Hermann <i>Advantage</i> la Parte D-IRMAA.				

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se específica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



Planes Medicare Advantage

Beneficio de artículos de venta libre (OTC)

Productos para el bienestar personal

Los miembros de Memorial Hermann Health Plan reciben un subsidio trimestral para comprar productos OTC. Estos y otros productos se pueden pedir desde el catálogo de Medline visitando athome.medline.com/MHHP o se pueden comprar directamente en minoristas participantes, como CVS, Walgreens, Kroger y Walmart.

Los artículos OTC se pueden pagar con la **NUEVA** tarjeta de gastos flexible Mastercard. Puede encontrar una lista de los productos OTC cubiertos por su tarjeta Flex en *mhhp.org/flex*.

Elija entre cientos de artículos de alta calidad en las siguientes categorías:



- Cuidado bucal
- Soportes ortopédicos
- Primeros auxilios
- · Atención médica domiciliaria
- · Cuidado de la pierna y el pie
- Cuidado de la piel







Servicio amable y confiable

Tenemos representantes de atención al cliente expertos que pueden responder sus preguntas por teléfono, en línea o por correo.

Tres formas fáciles de hacer el pedido:

Teléfono

En línea

Correo postal







333-511-9844 https://athome.medline.com/mhhp

Enviamos sus productos directamente a su casa sin costo adicional.

Auspiciado por:







Flexibilidad y opciones en fitness

El programa Silver&Fit® tiene Something for Everyone®. Los miembros elegibles pueden disfrutar de herramientas y opciones como:



Opciones de red de fitness

Puede unirse a un centro fitness participante o YMCA válido, muchos de ellos con clases de ejercicios para adultos mayores. También tiene acceso a centros premium, incluyendo centros de fitness, estudios y experiencias de acondicionamiento físico exclusivas por el precio del aumento de categoría.*



Videos de ejercicios a pedido

Puede ver videos de ejercicios de yoga, fuerza, pilates, caminata, cardio y muchos otros más en SilverandFit.com.



Kits de fitness en casa

Puede elegir un kit por año de beneficio. Elija entre las opciones de dispositivo con registro de fitness portátil, paseos/senderismo, pilates, fuerza, natación y yoga.**



Planes de ejercicio

Respondiendo a unas cuantas preguntas en línea sobre su nivel de fitness y sus objetivos, podrá acceder a ejercicios que lo ayudarán a iniciar o continuar una rutina de ejercicio.



Registro de fitness

Puede sincronizar su registrador de fitness portátil o su aplicación móvil con la herramienta Silver&Fit Connected!™ para registrar su actividad y obtener recompensas como gorras y pines.**



Club de bienestar

Puede aprender nuevas técnicas y centrarse en su bienestar conectando con otras personas, uniéndose a clases virtuales y eventos en vivo, y viendo artículos y videos exclusivos.

Si tiene preguntas, llame a Memorial Hermann Health Plan al 855.645.8448 (TTY/TDD: 711). 1 de octubre - 31 de marzo: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro, los 7 días de la semana. 1 de abril - 30 de septiembre: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro, de lunes a viernes.







¡Ya tiene Teladoc!

Consulte a un médico por teléfono o video, desde cualquier lugar y en cualquier momento.

Configure su cuenta hoy para hablar con un médico matriculado de EE. UU. en relación con afecciones médicas que no sean de emergencia, como gripe, infecciones sinusales, bronquitis y mucho más.



Crear cuenta

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) para crear una cuenta y completar la historia clínica



Consulte a un médico

Seleccione un horario y un médico de Teladoc se comunicará con usted



Comience a sentirse mejor

El médico analizará los síntomas y enviará una receta, si es necesario.

Consulte con un médico por solo gratis por visita

Visite Teladoc.com

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) | Descargar la aplicación 🛊 🛊

This information is not a complete description of benefits. Contact the plan for more information. Limitations, copayments, and restrictions may apply. Benefits, premiums and/or co-payments/co-insurance may change on January 1 of each year. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüistica. Llame al 1.855.645.8448 (TTY: 711). CHÚ Y: Néu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miển phí dành cho bạn. Gọi số 1.855.645.8448 (TTY: 711). Memorial Hermann Advantage complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex 2021 Teladoc Health, Inc. All rights reserved. Teladoc and the Teladoc logo are registered trademarks of Teladoc, Inc. and may not be used without written permission. Teladoc does not replace the primary care physician. Teladoc does not guarantee that a prescription will be written. Teladoc operates subject to state regulation and may not be available in certain states. Teladoc does not prescribe DEA controlled substances, non-therapeutic drugs and certain other drugs which may be harmful because of potential for abuse. Teladoc physicians reserve the right to deny care for potential misuse of services. © 2021 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc 10X-101_413370312_11062019 Memorial Hermann Advantage complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2024 de Medicare con Estrellas





Memorial Hermann Health Plan - H7115

En el 2024, Memorial Hermann Health Plan - H7115 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★☆☆
Calificación de los Servicios de Salud: ★★☆☆
Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★☆☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente. El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

★★★★ EXCELENTE

★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO

★★★☆☆ PROMEDIO

★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO

★☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Memorial Hermann Health Plan 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central a 866-434-1282 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central. Miembros actuales favor de llamar 855-645-8448 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).