MEMORIAL HERMANN®
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

Plan Memorial Hermann *Advantage* Prime Value MA Only HMO

- Entienda sus opciones de Medicare
- Explore Memorial Hermann Medicare Advantage
- Elija un plan que se ajuste a sus necesidades

MEMORIAL HERMANN
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

PLANES DE MEDICARE PENSADOS PARA USTED.

Gracias por pedir información sobre el plan Memorial Hermann Medicare *Advantage* Prime Value MA Only HMO, 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 *Advantage* Prime Value MA Only HMO, obtendrá todos sus beneficios de Medicare Original y beneficios adicionales, como cobertura de medicamentos con receta (Parte D), cobertura dental, de la visión y de la audición, beneficios de fitness, y acceso a servicios de telesalud, entre otros.

Además, podrá coordinar la atención con más de 6,000 médicos, especialistas, centros y servicios de atención médica afiliados, que están 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 **855.563.7643** (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.

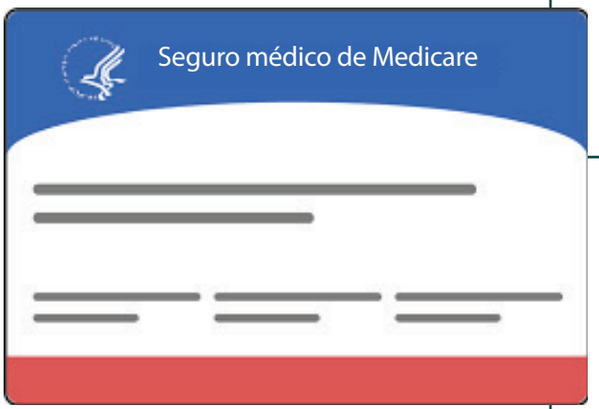
¿Qué es Medicare Advantage?
Medicare Advantage, también conocida como la Parte C, es una cobertura médica que se ofrece mediante un plan médico privado. Los planes de Medicare Advantage suelen incluir las Partes A, B y D, y otros beneficios médicos, como asignaciones para la visión y la audición.

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

AYUDA A CUBRIR:

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

PARTE B

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.

o

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

OPCIÓN 2:

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.

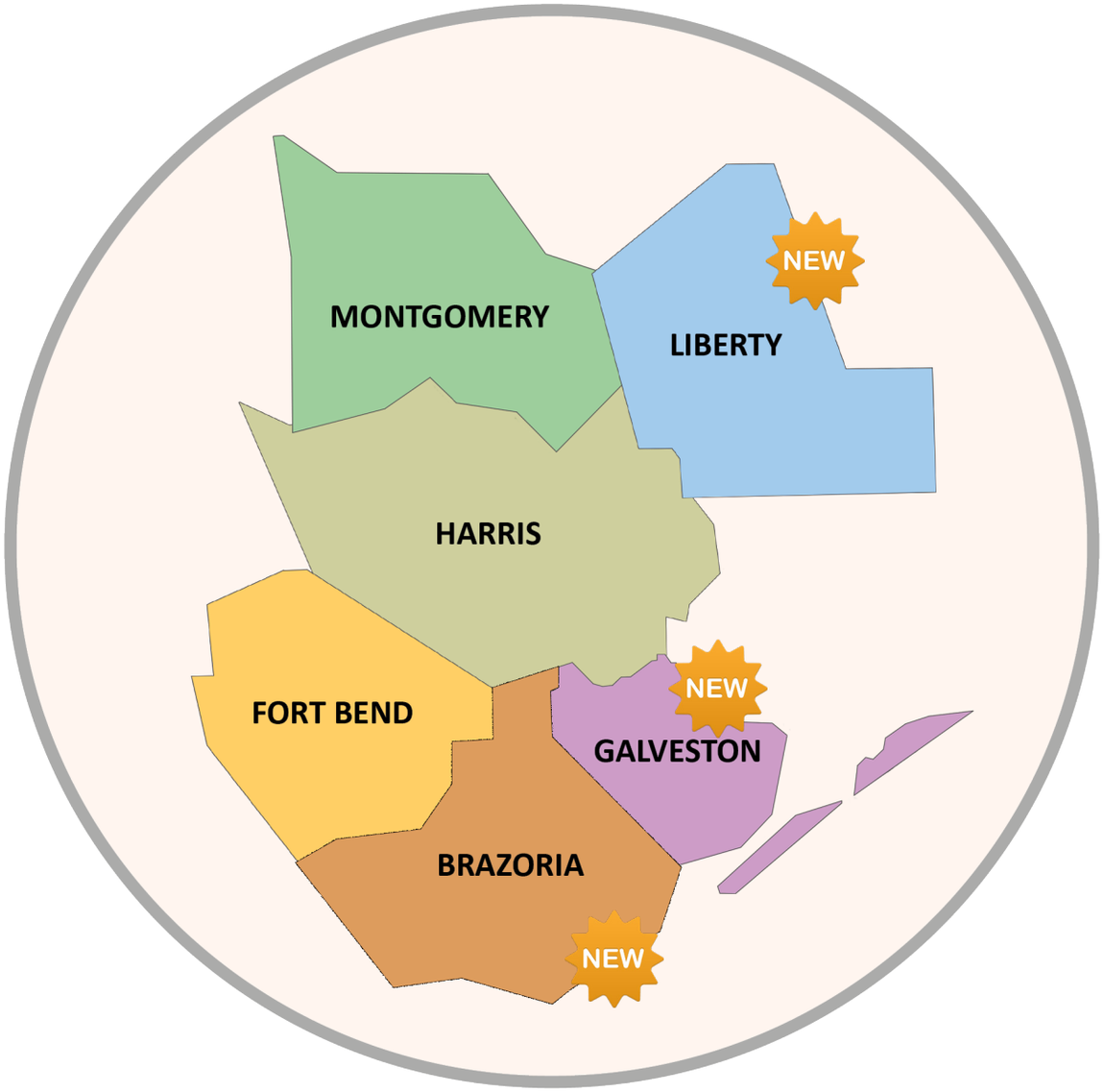
OTROS BENEFICIOS
Algunos planes incluyen beneficios dentales, de la visión y de la audición, incentivos de fitness y más.

¿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.

Eligiendo el plan Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO, obtendrá una cobertura médica totalmente vinculada a su atención con acceso a una amplia red de proveedores, hospitales, centros y servicios de atención médica. 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.

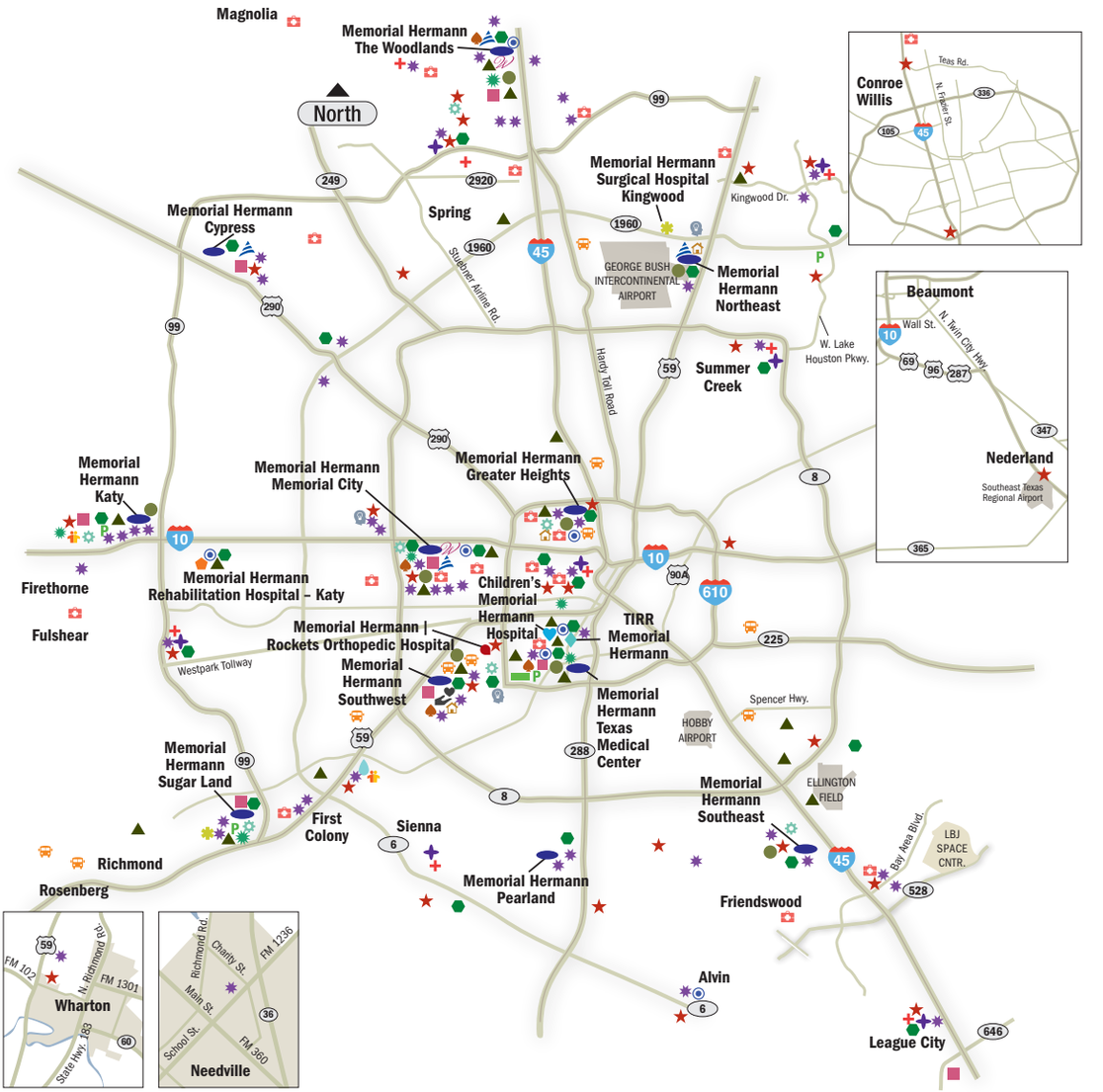
Los planes Memorial Hermann *Advantage* Prime Value MA Only HMO se están ofreciendo a residentes elegibles para Medicare que viven en los siguientes condados:



UNA COBERTURA CON LA QUE PUEDE CONTAR

Cuando elige un plan Memorial Hermann *Advantage* HMO, obtiene cobertura médica totalmente conectada con su atención en el área del Gran 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** *Centros de grupos médicos* **+50** *Centros especializados y atención de urgencia* **+6K** *Proveedores*



11	Acute-Care Hospitals	7	Joint Centers	1	Physicians at Sugar Creek
8	Breast Centers	55	Memorial Hermann Medical Group	10	School-Based Health Centers
8	Cancer Centers	1	Memorial Hermann | Rockets Orthopedic Hospital	32	Sports Medicine & Rehabilitation
1	Children's Memorial Hermann Hospital	1	Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy	21	Surgery Centers
4	Children's Memorial Hermann Pediatrics	19	Memorial Hermann-GoHealth Urgent Care Centers	2	Surgical Hospitals
7	Convenient Care Centers	3	Mental Health Crisis Clinics	1	TIRR Memorial Hermann
8	Freestanding Emergency Centers	4	Mischer Neuroscience Associates	7	TIRR Memorial Hermann Outpatient Rehabilitation
4	Heart & Vascular Institutes	1	Mischer Neuroscience Institute	1	University Place
26	Imaging Centers	3	Neighborhood Health Centers	2	Women's Memorial Hermann Hospitals
6	Rockets Sports Medicine Institutes	2	Occupational Medicine Clinics		

256 Care Delivery Sites

*Memorial Hermann Health System owns and operates 14 hospitals and has joint ventures with three other hospital facilities, including Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony, Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood and Memorial Hermann Rehabilitation Hospital-Katy.

TIRR is a registered trademark of TIRR Foundation.

4409382-5/23

ELIJA EL PLAN QUE MÁS LE CONVENGA

Memorial Hermann *Advantage* Prime Value MA Only HMO proporciona todos los beneficios de Medicare Original, entre otros. Entre los aspectos más destacados del plan están:

Beneficios y características*	Medicare Original	**Memorial Hermann** Advantage **Prime Value MA Only HMO**
Prima del plan mensual y beneficio de reducción de la Parte B	$0	$0 $125 incluidos todos los meses para reducir la prima de la Parte B
Copago por médico de atención primaria (PCP)	No	$0
Copago por especialistas dentro de la red (sin necesidad de una remisión)	Debe pagar el 20 %	$30
Cobertura para medicamentos con receta (Parte D), sin costo adicional	No	--
Copago para medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 mediante pedidos por correo, suministro para 90 días	No	--
Máximo de gastos de bolsillo	No	$2,950
Copago por visita de atención de urgencia	No	$25
Opciones de atención virtual, como Teladoc	No	Sí
Membresía de gimnasio sin costo (con Fitbit opcional)	No	Sí
Programa de bienestar Healthy Advantage	No	Hasta $180 en recompensas con tarjetas de regalo por pruebas médicas de rutina
Tarjeta de gastos flexibles[2]	No	Sí
Beneficios dentales	No	$2,000 de cobertura integral
Visión y audición (la tarjeta Flex cubre el costo)	No	$900
Productos de venta sin receta (la tarjeta Flex cubre el costo)	No	$100 por trimestre
Beneficio de transporte	No	(20) traslados de ida o de 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	$500 (si Administración de casos lo aprueba)

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME?

Período de inscripción inicial en la cobertura (ICEP)

Inscríbase cuando sea elegible para Medicare por primera vez. Usted es elegible para inscribirse 3 meses antes de cumplir 65 años, el mes en que los cumpla o 3 meses después de haberlos cumplido. Si no se inscribe en Medicare en el período de inscripción inicial, es posible que le cobren una penalización por inscripción.

3 meses antes de cumplir 65 años | Mes de su cumpleaños | 3 meses después de cumplir 65 años

Período de elección anual (AEP)

Durante el período de elección anual, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage, cambiar de un plan de Medicare Advantage a otro, o volver a tener solo Medicare Original con un plan PDP. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.

Ene.	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.

15 de octubre - 7 de diciembre

Período de inscripción abierta (OEP)

Si ya tiene un plan de Medicare Advantage, el período de inscripción abierta le da la oportunidad de volver a Medicare Original o de cambiar a un plan de Medicare Advantage diferente, dependiendo de la cobertura que más le convenga.

Ene.	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.

1 de enero - 31 de marzo

Período de inscripción especial (SEP)

Puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage cuando pasen ciertas cosas en su vida, incluyendo cambio de domicilio, emergencias declaradas por la FEMA, pérdida de la cobertura o cuando termine la cobertura de su empleo.

Para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicare y los períodos de inscripción, visite **Medicare.gov.**

¿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 actual?	☐	☐
¿Quiero un enfoque proactivo para manejar mi salud y mi bienestar?	☐	☐

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ANTES DE LA INSCRIPCIÓN

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

Entienda los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se mencionan en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente los servicios para los que usted consulta habitualmente a un médico. Visite **mhhp.org/ma** o llame al **855.645.8448** (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, 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.

Entienda las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no están en el Directorio de proveedores).

¿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 estálisto, para inscribirse fácilmente por teléfono. Llámenos al **855.563.7643** (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 **855.563.7643** (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 **855.563.7643** (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

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

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 по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:
إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم . سيقوم شخص ما يتحدث العربية1-558-546-8448بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على .
مجانية

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 वयक्ति 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 855.563.7643 (TTY 711) para obtener más información.

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

[2] La tarjeta Flex se puede usar para cubrir costos relacionados con la visión, la audición, productos OTC y comestibles cuando corresponda. Se podría agregar un beneficio de $500.00 para comestibles a la Flex Card (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.

Memorial Hermann *Advantage* HMO lo proporciona Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

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 855.563.7643 (TTY 711).

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

H7115_MKSInfoKitMAOnly24_M Aprobado por CMS el 9/5/2023

mhhp.org/ma-kit

855.563.7643 *(TTY 711)*
8 a.m. to 8 p.m. CT

MEMORIAL HERMANN®
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

MEMORIAL HERMANN
Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2024

Memorial Hermann Medicare *Advantage*
Prime Value MA Only HMO Plan

Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO

H7115, Plan 006
Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este folleto de resumen de beneficios da un resumen de los servicios médicos y los medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO** del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO lo da Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se dan 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 Prime Value MA solo HMO**, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty y Montgomery.

Excepto en casos de emergencia, si usted 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 Medicare Original, consulte el folleto actual **“Medicare y usted”**. Véalo 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, en letra de molde grande, audio o en otro idioma diferente al inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame 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/medicare/
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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Prima del plan mensual	**$0** por mes Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B.	Se incluyen **$125** por mes en el plan para reducir la cantidad que se retiene de su Seguro Social para la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	**$0 de deducible** para gastos médicos
Deducible de la Parte D	**$0 de deducible** para medicamentos con receta de la Parte D
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo *(no incluye medicamentos con receta)*	Usted no paga más de **$2,950** al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.
Hospital para pacientes hospitalizados	
Estancia en el hospital como paciente hospitalizado **Pueden aplicarse normas de autorización previa.**	**$500** de copago
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	**$125** de copago
Operación para paciente ambulatorio	**$200** de copago
Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio **Pueden aplicarse normas de autorización previa.**	**$200** de copago
Visitas al médico	
Proveedor de atención primaria (PCP)	**$0** de copago
Especialistas (no se necesita remisión).	**$30** de copago
Visita del proveedor de telesalud con PCP o especialistas	Hace el mismo copago por las visitas de Telesalud que por las visitas en el consultorio en persona.
Visita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann** https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit	**$0** de copago
Visitas virtuales exclusivamente mediante **Teladoc**	**$0** de copago

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Atención preventiva	
o Evaluación de detección de aneurisma aórtico abdominal o Consulta anual de bienestar o Medición de la masa ósea o Evaluación de cáncer de mama o Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años o Evaluación de detección de cáncer cervical y vaginal o Evaluación de detección de cáncer colorrectal o Evaluación de depresión o Evaluación de diabetes o Evaluación de hepatitis C o Evaluación de VIH o Evaluación de cáncer de pulmón o Terapia de nutrición médica o Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) o Evaluación y terapia de la obesidad o Evaluación del cáncer de próstata o Evaluación y orientación para reducir el uso indebido de alcohol o Evaluación de infecciones de transmisión sexual (STI) o Orientación para dejar de fumar o Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía o Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”	**$0** de copago Consulte la constancia de cobertura para obtener más información sobre estos servicios preventivos cubiertos por Medicare.
Emergencias y servicios necesarios de urgencia	
Atención de emergencia	**$125** por visita Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.
Atención de emergencia en todo el mundo	**$125** por visita Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.
Transporte de emergencia en todo el mundo	**20 %** de coseguro
Servicios necesarios de urgencia	**$25** por visita
Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo	**$25** por visita
Beneficio máximo de $50,000 para emergencias en todo el mundo.	

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes	
Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare	Copago de **$25** por procedimiento o prueba de diagnóstico
Servicios de laboratorio	**$0** de copago para servicios de laboratorio
Rayos X	**Sin** copago para radiografías
Servicios complejos de diagnóstico por imágenes (MRI, CT, PET) **Se necesita una autorización previa para algunos servicios.**	Copago de **$150** por prueba/servicio
Servicios de audición	
Examen auditivo anual cubierto por Medicare	**$20** de copago
Examen auditivo de rutina hecho por PCP	**$0** de copago por el examen básico de audición y equilibrio
Examen de audición hecho por un audiólogo	**$0** copago por el examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio
Aparatos auditivos *(Cantidad de beneficio combinada con la vista)	**$900*** de asignación total anual para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados
Servicios dentales	
Beneficio máximo anual del plan de $2,000 **<u>Servicios preventivos</u>** o Examen bucal (2 al año por plan) o Profilaxis (limpiezas) (2 al año por plan) o Radiografías (2 al año por plan) o Tratamiento con flúor (2 al año por plan) **<u>Servicios integrales</u>** o Diagnóstico o Restauración (empastes, puentes) o Periodoncia (raspado, alisado radicular) o Endodoncia (tratamiento de canal) o Extracciones o Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales) o Otra operación oral/maxilofacial o Otros servicios o Servicios que no son de rutina	**$0** de copago por servicios de prevención con un proveedor dentro de la red **20 %** de coseguro para servicios preventivos por un proveedor que no está dentro de la red **$30** de copago por visita por cada servicio integral cubierto por Medicare **$0 de** copago por servicios de diagnóstico dentro de la red, o **20 %** de coseguro del costo por servicios de diagnóstico fuera de la red **$8 - $200 de** copago por servicios de restauración dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red **$5 - $183 de** copago por servicios de periodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Servicios dentales (continúa)	
Los beneficios dentales los da Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite el sitio web en: https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist **Nota: Las cantidades de copago para servicios integrales dentro de la red varían según el tipo y la intensidad del procedimiento o servicio. Revise la lista de tarifas dentales en el anexo de Liberty Dental para ver la cantidad exacta del copago para cada tipo de procedimiento.**	**$9 - $331** de copago por servicios de endodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red **$22 - $94** de copago por servicios de extracción dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red **$4 - $1,027** de copago por servicios de prostodoncia, otras operaciones orales/maxilofaciales u otros servicios dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red Los copagos por servicios dentro de la red que no son de rutina dependen del tipo de servicio. **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red.
Servicios de la vista	
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	**$20** de copago
Exámenes de rutina de la vista	**$0** de copago
Evaluaciones de glaucoma	**$0** de copago por una evaluación anual
Evaluaciones de retinopatía diabética para diabéticos	**$0** de copago por una evaluación anual
Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas) *(Cantidad de beneficio combinada con audición)	**$900*** de beneficio total anual para anteojos y lentes o lentes de contacto
Salud mental/servicios por abuso de sustancias	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	**$500** de copago por estancia
Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor no médico	**$0** de copago
Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra	**$30** de copago
Programa de tratamiento de opioides para pacientes ambulatorios	**$30** de copago
Programa de tratamiento de opioides para pacientes hospitalizados	**$500** de copago por estancia
Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	**$30** de copago
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Centro de enfermería especializada	
Días 1 al 20	**$0** de copago
Días 21 al 100	**$125** de copago
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	
Servicios de rehabilitación	
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	**$30** de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	**$30** de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	**$20** de copago
Atención con un quiropráctico Manipulación de la columna para corregir una subluxación	**$20** de copago
Acupuntura Para el tratamiento del dolor lumbar crónico	**$30** de copago
Ambulancia	
Ambulancia terrestre (solo ida)	Copago de **$250**
Ambulancia aérea (solo ida)	**20 %** de coseguro
Se necesita una 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.	Hasta **20** transportes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por un año
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Quimioterapia/medicamentos de radiación	**20 %** del costo
Otros medicamentos de la Parte B	**20 %** del costo
Se podría exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B.	**20 %** del costo hasta un máximo de **$35** por el suministro de insulina para un mes que se entregue por medio de un proveedor DME.

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 **Se podría exigir autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.**	**20 %** de coseguro
Atención médica en casa	
Visita médica en casa cubierta por Medicare	**$0** de copago
Cuidados paliativos en casa **Pueden aplicarse normas de autorización previa.**	**$0** de copago
Servicios y suministros para diabéticos	
Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare	**20 %** de coseguro
Capacitación para el control de su propia diabetes	**0 %** coseguro
Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (One Touch by Life Scan y Accu-Chek de Roche)	**0 %** coseguro
Zapatos o plantillas terapéuticas moldeadas a medida cubiertas por Medicare	**20 %** de coseguro
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 únicamente cubramos otras marcas y fabricantes si su médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para sus necesidades médicas.	**20 %** de coseguro para las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (farmacia) **Todas las demás marcas están excluidas.**
Equipo médico duradero (DME)	
Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital para usar en casa que ordene un proveedor, bombas para infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	**20 %** de coseguro
Pelucas para pacientes de quimioterapia **Pueden aplicarse normas de autorización previa.**	**$0** de copago

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 cuidado en casa. **Pueden aplicarse normas de autorización previa.**	Cubierto
Servicios telefónicos/virtuales	
Visitas virtuales mediante Médicos de atención primaria	**$0** de copago
Visitas virtuales de especialistas	**$30** de copago
Servicios necesarios de urgencia	**$25** de copago
Sesiones individuales y de grupo para: • Servicios especializados de salud mental • Servicios psiquiátricos • Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	 **$0** de copago **$30** de copago **$30** de copago
Visita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann** https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit	**$0** de copago
Visita telefónica 24/7 disponible por medio de **Teladoc**. Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en https://www.teladoc.com/.	**$0** de copago
Programa de premios de bienestar Healthy Advantage	
Complete las siguientes actividades para ganar premios: • Evaluación anual de riesgos médicos • Consulta anual de bienestar • Evaluación de cáncer de mama • Evaluación de cáncer de colon • Examen de la retina	Gane hasta **$180** en premios de tarjetas de regalo para bienes y servicios aprobados por CMS.
Comidas	
Comidas dadas inmediatamente después del alta al paciente que estuvo hospitalizado.	Hasta **10** comidas entregadas por el alta del hospital
Artículos de venta libre (OTC)	
El Plan da un beneficio para ciertos artículos OTC aprobados por CMS cada tres (3) meses. Los fondos que no se usan al final del trimestre no se acumulan para el siguiente trimestre.	Asignación máxima de **$100** por trimestre

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Comida y productos agrícolas (comida)	
El Plan da un beneficio anual para comida y productos agrícolas aprobados (comida) para los miembros al completar exitosamente un programa de administración de casos.	**$500** por año del plan
Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)	
La Flex Card incluye tres (3) categorías de gasto:	
Audición y vista Audición y vista tienen una asignación anual combinada para gastar en anteojos y lentes o audífonos según sea necesario.	**$900** de asignación anual combinada
Artículos de venta libre (OTC) El beneficio OTC es cada tres (3 meses) para los artículos aprobados por CMS. Los fondos que no se usan al final del trimestre no se acumulan para el siguiente trimestre.	**$100** de asignación trimestral
Beneficio para comida El beneficio para comida se podría agregar a la Flex Card cuando concluya con éxito un programa de administración de casos. La comida aprobada sigue las directrices de SNAP del USDA.	**$500** de asignación anual
Administración de casos	
El administrador de casos es un enfermero registrado (RN) que da atención personalizada al miembro centrada en mantener el bienestar y la independencia. Algunos ejemplos incluyen: • ayudar a comprender un nuevo diagnóstico y cómo manejarlo; • encontrar a un nuevo proveedor dentro de 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 la casa	

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Más beneficios médicos y para el bienestar	
Membresía del gimnasio Con nuevas y divertidas maneras para ponerse en forma y mantenerse sano, el programa Silver & Fit incluye: o Ser miembro de un gimnasio Silver & Fit o de un gimnasio que participe en el programa básico de Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO sin costo para usted. Puede elegir comprar más servicios ampliados. Comuníquese con su gimnasio. o Kits de fitness para la casa de Silver & Fit, si no puede ir a un gimnasio o prefiere hacer ejercicio en casa. o Planes de ejercicios para ayudarlo a iniciar o para continuar una rutina de ejercicios. o Videos a demanda de ejercicios para todos los niveles de fitness en el sitio web de Silver&Fit. o El club de bienestar para clases y eventos virtuales en vivo y recursos exclusivos. o El boletín de Silver Slate® 4 veces al año. o El sitio web Silver&Fit. Una línea directa para de llamada sin costo para responder preguntas sobre el programa. Se debe usar un centro del club de fitness que esté disponible en el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar. El programa Silver&Fit se da por medio de American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH que se usa aquí con su permiso. Los kits están sujetos a cambios. La participación de los gimnasios varía según el lugar y está sujeto a cambios.	**$0** de copago para el programa de fitness por medio del programa del kit de ejercicios en casa

MEMORIAL HERMANN Health Plan

Medicare *Advantage* Plans

H7115_PDSSBHMO00624_M CMS Accepted 09/23/2023

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

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

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

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿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.

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

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 *Advantage* 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
☐ *Advantage* Golden Triangle HMO, $0 al mes
☐ *Dual Advantage* HMO D-SNP, $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 Medicare:

Número de Medicare: _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No Número 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 cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme 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 Herman *Advantage*. Los beneficios y servicios prestados por Memorial Hermann *Advantage* y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Memorial Hermann *Advantage* (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de 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 campos:

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

OMB n.° 0938-1378
Vencimiento:7/31/2023

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 que corresponda.

- ☐ No, no de origen hispano, latino ni español
- ☐ Si, puertorriqueño
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ **Elijo no responder.**
- ☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- ☐ Sí, cubano

¿De qué raza es? Seleccione todo lo que corresponda.

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

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- ☐ Español

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

☐ Braille ☐Letra grande ☐CD de audio

Comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 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? ☐ Sí ☐ No ¿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 *Advantage* 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 especifica 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.

MEMORIAL HERMANN Health 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
833-511-9844	https://athome.medline.com/mhhp	

Enviamos sus productos directamente a su casa sin costo adicional.

Auspiciado por:

MEDLINE LiveWell™ OTC Benefits Solution

© 2023 Medline Industries, LP. Todos los derechos están reservados. Medline es una marca registrada de Medline Industries, LP.
MKT19W3604527 / e20511 / 79 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. H7115_MKMdlnFlyr24_M Aprobado por CMS el 9/11/2023

Silver&Fit.

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare Advantage Plans

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.*

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.**

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.***

Videos de ejercicios a pedido

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

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.

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.

TELADOC®

MEMORIAL HERMANN Health Plan
Medicare *Advantage* Plans

¡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 lingüística. Llame al 1.855.645.8448 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn 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.

H7115_MKSTldcSpan22_C IA 9/10/2021

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

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:	★★★½☆

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).