



MEMORIAL<sup>®</sup>  
HERMANN  
Health Plan

MEMORIAL HERMANN ADVANTAGE  
HMO

**RESUMEN DE BENEFICIOS HMO DE 2022**

# Memorial Hermann *Advantage* HMO

H7115, Plan 001

01/01/2022 – 12/31/2022

Los documentos de este Resumen de Beneficios incluyen una descripción de los servicios de medicamentos y de la salud cubiertos por **Memorial Hermann *Advantage* HMO** del 1.º de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022.

El plan **Memorial Hermann *Advantage* HMO** es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Para inscribirse en **Memorial Hermann *Advantage* (HMO)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicios. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Fort Bend, Harris, Montgomery, Liberty y Galveston.

Salvo en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no están en la red, es posible que el plan no pague esos servicios.

Para cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual actual de “**Medicare y usted**”. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o reciba 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 otro idioma que no fuera el inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para obtener más información o visítenos en <http://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. 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.º de abril y el 30 de septiembre es de 8 a. m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

**Primas y Beneficios****Memorial Hermann Advantage HMO**

Prima del plan mensual	Usted paga \$0. Debe continuar pagando su prima de la Parte B.
Deducible	No hay deducible para servicios médicos.
Deducible de la Parte D	\$300 por año para medicamentos recetados de la Parte D Nivel 4 y Nivel 5.
Responsabilidad Máxima de Gastos de Bolsillo ( <i>no incluye los medicamentos recetados</i> )	Usted no paga más de \$3,900 por año. Incluye copagos y otros costos para servicios médicos para el año.
Hospital para pacientes internados.	Usted paga \$350 por cada hospitalización.  <b>Se pueden aplicar las normas de autorización previa.</b>
Hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga \$175 por cada servicio quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.  Usted paga \$300 por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.  <b>Se pueden aplicar las normas de autorización previa.</b>
Visitas al Médico <ul style="list-style-type: none"><li>○ Primaria</li><li>○ Especialistas</li></ul>	No paga nada por cada visita de atención primaria. Usted paga \$25 por cada visita a un especialista.  No se necesita remisión para el especialista.
Atención preventiva  (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	No paga nada.  Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención de emergencia	Usted paga \$90 por cada visita.  Si usted es admitido en el hospital dentro de las 48 horas, entonces no tiene que pagar \$90.
Atención Urgentemente Necesaria	Usted paga \$35 por cada visita.
Servicios de Diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por Imágenes <ul style="list-style-type: none"><li>○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li><li>○ Servicios de laboratorio</li><li>○ RM, TC, PET</li><li>○ Rayos X</li></ul>	Usted paga \$75 por cada examen o procedimiento de diagnóstico. Usted no paga nada por los servicios de laboratorio. Usted paga \$250 por cada examen o servicio. Usted paga \$10 por cada radiografía.  <b>Se requiere la aprobación previa para algunos servicios.</b>

Primas y Beneficios	Memorial Hermann Advantage HMO
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>○ Examen de audición de rutina</li> <li>○ Audífonos</li> </ul>	<p>Usted paga \$50 por el examen de audición anual cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP).</p> <p>Usted paga \$10 por el examen para diagnosticar y tratar los problemas de la audición y del equilibrio realizado por un audiólogo.</p> <p>Asignación total anual de \$400 para dispositivos auditivos, para ambos oídos.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen bucal, limpieza y rayos X (preventivos)</li> <li>○ Servicios dentales cubiertos por Medicare (solo servicios de periodoncia).</li> </ul>	<p>Usted no paga nada por los servicios preventivos.</p> <p>Usted paga \$50 por visita por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un 20 % de coseguro por los servicios de periodoncia cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios Oftalmológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes oculares cubiertos por Medicare</li> <li>○ Anteojos (lentes de contacto, anteojos)</li> </ul>	<p>Usted paga \$50.</p> <p>Asignación total anual de \$200 por necesidad quirúrgica y no quirúrgica para anteojos o lentes de contacto.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita de terapia grupal/individual para pacientes ambulatorios</li> <li>○ Atención de la salud mental para pacientes internados</li> </ul>	<p>Usted no paga nada por las sesiones grupales o individuales de servicios especializados de salud mental.</p> <p>Usted paga \$25 por cada visita psiquiátrica grupal o individual.</p> <p>Usted paga \$350 por cada hospitalización.</p> <p><b>Se pueden aplicar las normas de autorización previa.</b></p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Usted no paga nada del día 1 al 20.</p> <p>Usted paga \$150 por día del día 21 al 100.</p> <p><b>Se pueden aplicar las normas de autorización previa.</b></p>
<p>Terapia física</p>	<p>Usted paga \$25 por cada visita.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga \$250 por cada viaje de ida.</p>
<p>Transporte</p>	<p>No está cubierto.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>El 20 % del costo para los medicamentos de quimioterapia.</p> <p>El 20 % del costo para otros medicamentos de la Parte B.</p> <p><b>Se requiere autorización previa para los medicamentos que excedan los \$1,000.</b></p>

Primas y Beneficios		Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO	
Servicios telefónicos/virtuales	<p>Usted no paga nada por visitas virtuales disponibles a través de algunos médicos de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$35.00 por los servicios que se necesitan con urgencia.</p> <p>Usted paga un copago de \$25.00 por las visitas virtuales con un especialista.</p> <p>Usted no paga nada por las sesiones individuales de servicios especializados de salud mental.</p> <p>Usted paga un copago de \$25.00 por las sesiones individuales de psiquiatría.</p> <p>Usted paga un copago de \$25.00 por las sesiones individuales de servicios ambulatorios de abuso de sustancias.</p> <p>Usted no paga nada por las consultas telefónicas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de Teladoc.</p>		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)			
Etapa deducible	En esta etapa, usted paga el <b>costo completo</b> de sus medicamentos de Nivel 4 y 5. Usted permanecerá en esta etapa hasta que pague \$300 por sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5.		
<p><b>Etapa de cobertura inicial –</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Una vez que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible de Nivel 4 y 5, el plan paga la parte que le corresponde por los medicamentos de Nivel 4 y 5 y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta Etapa de cobertura inicial hasta que sus <b>costos de medicamentos totales</b> (total de todos los pagos hechos para sus medicamentos cubiertos de la Parte D) del año alcancen <b>\$4,430.</b></p>			
	Distribución de costos minoristas (Dentro de la red) (Suministro de 30 días)	Distribución de costos minoristas (Dentro de la red) (Suministro de 90 días)	Distribución de costos de venta por correo (suministro de 90 días)
Cobertura inicial	Farmacia preferida	Farmacia preferida	
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga \$5	Usted paga \$10	Usted paga \$10
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Usted paga \$39	Usted paga \$78	Usted paga \$78
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga \$92	Usted paga \$184	Usted paga \$184
Nivel 5: Medicamentos especializados	Usted paga un 28 %	No se ofrece	No se ofrece
Nivel 6: Medicamentos de cuidados selectos	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
La distribución de costos puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y cuando ingrese a una nueva etapa del beneficio de la Parte D.			

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)

### Periodo sin cobertura -

Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio por medicamento de marca (más una parte de la tarifa de preparación) y 25 % del precio por medicamentos genéricos.

Usted permanece en esta etapa hasta que sus “**costos de gastos de bolsillo**” del año hasta la fecha (total de todos los pagos hechos para sus medicamentos cubiertos de la Parte D) alcancen **\$7,050**. Medicare ha establecido este monto y las normas para llegar a dicho monto. No todos los miembros ingresarán al Periodo sin cobertura.

### Cobertura para catástrofes -

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura para catástrofes cuando sus costos de bolsillo de medicamentos hayan alcanzado el límite de **\$7,050** para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Durante este periodo, el plan pagará la mayoría de los costos por sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*.
  - – *bien* – coseguro del 5% del costo del medicamento
  - –o bien– \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$9.85 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

MEMORIAL<sup>®</sup>  
HERMANN  
Health Plan

MEMORIAL HERMANN ADVANTAGE  
HMO

H7115\_PDSSBCAHMO00122\_M CMS Accepted 9/4/2021

Copyright© 2021 Memorial Hermann. All rights reserved