

MEMORIAL HERMANN MEDICARE ADVANTAGE

1 DE ENERO DE 2026 - 31 DE DICIEMBRE DE 2026

RESUMEN DE BENEFICIOS (SOB)

ADVANTAGE HMO

H7115-001

Memorial Hermann Advantage HMO

H7115, Plan 001

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

Este documento de resumen de beneficios es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann Advantage HMO** del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

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.

La información que se da de los beneficios 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 Advantage HMO**, 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, Galveston, 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 Medicare Original, 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 en letra grande o en idiomas distintos del inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, llame al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o visite:

<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 del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, excluyendo los días festivos importantes.

Para los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, llame al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o visite: <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits>. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año.

Memorial Hermann Advantage HMO

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Prima, deducible, y máximo de gastos de bolsillo

Prima mensual del plan	\$0 por mes Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 de deducible para gastos médicos
Deducible de la Parte D	\$200 de deducible para los medicamentos con receta de la Parte D No aplica a los medicamentos de Nivel 1 o Nivel 2.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$3,400 al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.



Servicios del hospital

<u>Hospital para pacientes ingresados</u> Hospitalización Pueden aplicarse normas de autorización previa.	\$400 de copago
<u>Hospital para pacientes ambulatorios</u> Centro de cirugía ambulatoria (ASC) Operación para paciente ambulatorio Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio Pueden aplicarse normas de autorización previa.	\$125 de copago \$150 de copago \$200 de copago



Visitas en el consultorio del médico

Proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$0
Especialistas (no se necesita remisión)	Copago de \$25
Visita del proveedor de telesalud con el PCP o con 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 por Teladoc	\$0 de copago

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Atención preventiva

- Evaluación de detección de aneurisma de aorta abdominal
- Visita anual de bienestar
- Medición de la masa ósea
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años
- Evaluación de detección del cáncer cervical y vaginal
- Evaluación de detección del cáncer colorrectal
- Evaluación de detección de la depresión
- Evaluación de detección de la diabetes
- Evaluación de detección de la hepatitis C
- Evaluación de detección del VIH
- Evaluación de detección del cáncer de pulmón
- Terapia de nutrición médica
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Evaluación de detección y tratamiento de la obesidad
- Evaluación de detección del cáncer de próstata
- Evaluación de detección y consejería para reducir el consumo indebido de alcohol
- Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Consejería para dejar de fumar
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía
- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"

\$0 de copago

Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información sobre estos servicios preventivos cubiertos por Medicare.



Emergencias y servicios necesarios de urgencia

Atención de emergencia

\$150 por visita

Este copago no se cobra si lo hospitalizan en un plazo de 48 horas.

Atención de emergencia en todo el mundo

Transporte de emergencia en todo el mundo

20 % de coseguro

Servicios necesarios de urgencia

\$30 por visita

Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo

\$30 USD por visita

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

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por imágenes

Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare

Servicios de laboratorio

Radiografías/ultrasonidos

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

Se necesita una autorización previa para algunos servicios.

\$25 de copago por prueba diagnóstica o procedimiento

\$0 de copago para servicios de laboratorio

\$0 de copago para radiografías y ultrasonidos

\$150 de copago por prueba/servicio



Servicios de audición

Examen de audición anual cubierto por Medicare

Examen de audición de rutina hecho por el PCP

Examen de audición hecho por un audiólogo

Aparatos auditivos

\$20 de copago

\$0 de copago por examen básico de audición y equilibrio

\$0 de copago por examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio

\$500 de asignación total anual para aparatos auditivos, ambos oídos combinados



Servicios dentales

Beneficio máximo anual del plan de \$2,500

Servicios Preventivos

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

\$0 de copago por servicios preventivos con un proveedor de la red

20 % de coseguro para servicios preventivos por un proveedor que no está en la red

Servicios integrales

- Diagnóstico
- Restauración (empastes, puentes)
- Periodoncia (raspado, alisado radicular)
- Endodoncia (tratamiento de conducto)
- Extracciones
- Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)
- Otra operación bucal/maxilofacial
- Otros servicios
- Servicios que no son de rutina

\$20 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

\$15.40 - \$220.00 de copago por servicios de restauración dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$5.50 - \$201.30 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 detallada en el anexo de Liberty Dental para ver la cantidad exacta del copago para cada tipo de procedimiento.

\$9.90 - \$364.00 de copago por servicios de endodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$24.20 - \$103.40 de copago por servicios de extracción dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$25.30 - \$559.90 de copago por servicios de prostodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$24.20 - \$1,129.70 en otra operación bucal/ maxilofacial, otros servicios

Los copagos para servicios que no son de rutina dentro de la red dependen del tipo de servicio. 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 detección del glaucoma

\$0 de copago por una evaluación de detección anual

Anteojos (lentes de contacto, lentes, monturas)

\$500 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 ingresados

\$400 de copago por estancia

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor que no es médico

\$0 de copago

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra

\$25 de copago

Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes ambulatorios

\$25 de copago

Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes ingresados

\$400 de copago por estadía

Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

\$25 de copago

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Centro de enfermería especializada

Días 1 - 20

\$0 de copago por día

Días 21 - 100

\$125 de copago por día

Pueden aplicarse normas de autorización previa.



Servicios de rehabilitación

Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje

\$25 de copago

Servicios de rehabilitación cardíaca

\$25 de copago

Servicios de rehabilitación pulmonar

\$25 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

\$20 de copago



Ambulancia

Ambulancia terrestre (ida)

\$250 de copago

Ambulancia aérea (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.

\$0 de copago por hasta 20 transportes de ida aprobados por el plan a centros médicos por año

Para obtener más información y reservar su viaje, visite: <https://www.mymodivcare.com>.

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Medicamentos de la Parte B de Medicare

Quimioterapia/Medicamentos de radiación

20 % del costo

Otros medicamentos de la Parte B

20 % del costo

Insulina de la Parte B suministrada a través de un proveedor de DME

20 % del costo hasta un máximo de **\$35** por un suministro para un mes

Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia gradual

Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.


Terapia de infusión en casa

Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos especializados para tratar diversas condiciones

20 % de coseguro

Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.


Atención médica en casa

Visita de atención médica en casa cubierta por Medicare

Cubierto por Medicare Original

Cuidados paliativos en casa

Cubierto por Medicare Original

Pueden aplicarse normas de autorización previa.


Servicios y suministros para diabéticos

Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare

20 % de coseguro

Capacitación para que se controle la diabetes por su cuenta

0 % de coseguro

Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (Accu-Chek de Roche y Ascencia de Contour)

0 % de coseguro

Zapatos o plantillas terapéuticas a medida cubiertas por Medicare

20 % de coseguro

Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. **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 (retail)

Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica.

Resumen de beneficios

Lo que pagará


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 que ordene un proveedor para usarlas en casa, bombas para infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Pelucas para pacientes de quimioterapia

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

20 % de coseguro

\$0 de copago


Hospicio

Los servicios del programa de hospicio certificado por Medicare incluyen medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor, cuidados de relevo a corto plazo y atención en casa.

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Cubierto por Medicare Original


Servicios telefónicos/virtuales

Visitas virtuales por medio de médicos de atención primaria

Visitas virtuales a especialistas

Servicios necesarios de urgencia

Sesiones individuales y de grupo para:

- Servicios especializados de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Visita en el consultorio virtual de

Memorial Hermann

<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

Visita telefónica 24/7 disponible por medio de **Teladoc**

Puede inscribirse o iniciar sesión en Teladoc en <https://www.teladoc.com/>.

\$0 de copago

\$25 de copago

\$30 de copago

\$0 de copago

\$25 de copago

\$25 de copago

\$0 de copago

\$0 de copago


Programa de premios de bienestar Healthy Advantage

Complete las siguientes actividades para ganar premios:

- Evaluación anual de riesgos para la salud
- Visita anual de bienestar
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Evaluación de detección del cáncer de colon
- Examen de la retina

Gane hasta **\$180** en premios de tarjetas de regalo para bienes y servicios aprobados por CMS.

Resumen de beneficios

Lo que pagará

**Comidas**

Las comidas se dan inmediatamente después del alta de una hospitalización o de una operación ambulatoria.

Hasta **10** comidas entregadas por alta de una hospitalización u operación ambulatoria.

**Artículos de venta libre (OTC)**

El plan ofrece un beneficio para determinados artículos OTC aprobados por CMS cada tres (3) meses. *Los fondos que no se hayan usado al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

\$50 de asignación máxima por trimestre*

**Comida y productos agrícolas (comestibles)**

El Plan da un beneficio trimestral para comida y productos agrícolas aprobados (comestibles) para los miembros.

*Los fondos que no se hayan usado al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

\$80 de asignación por trimestre*

**Tarjeta de débito de gastos flexibles (Mastercard)**

La tarjeta de gastos flexibles incluye tres (3) categorías de gasto:

Audición

Audición tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en aparatos auditivos.

\$500 de asignación anual

De la vista

Vista tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en anteojos y lentes.

\$500 de asignación anual

Artículos de venta libre (OTC)

El beneficio de OTC es cada tres (3) meses para los artículos aprobados por CMS.

*Los fondos que no se hayan usado al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

\$50 de asignación trimestral*

Beneficio de comestibles

El beneficio de comestibles se agregará a la tarjeta de gastos flexibles cada trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP del USDA.

*Los fondos que no se hayan usado al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

\$80 de asignación trimestral*

Para obtener más información, visite nuestra página de la tarjeta de gastos flexibles en:
<https://mhhp.org/flex>.

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Más beneficios médicos y para el bienestar

Membresía en un gimnasio

Con nuevas y divertidas maneras para ponerse en forma y mantenerse sano, el Programa Silver&Fit incluye:

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

Se debe usar un gimnasio contratado que esté disponible en toda 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 y se usa con permiso en este documento. Los kits están sujetos a cambios. La participación en gimnasios puede variar según el lugar y están sujetos a cambios.

Para obtener más información, visite:
<https://www.silverandfit.com>.

\$0 de copago para el Programa de fitness por medio del programa del kit de ejercicios en casa



BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Fase de deducible	Deducible de \$200 para medicamentos de la Parte D (no aplica a los medicamentos de Nivel 1 o Nivel 2)
--------------------------	---

Fase de cobertura inicial

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.

Se mantiene en esta Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus **costos totales de medicamentos** (total de todos los pagos hechos por sus medicamentos de la Parte D cubiertos) para el año lleguen a **\$2,100**.

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

Cobertura inicial	Venta al por menor de costos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)	Venta al por menor de costos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (Suministro para 90 días) por medio de Costco
Nivel 1: Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genérico	\$5 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago
Nivel 3: Marca preferida	23 % de coseguro después del deducible	23 % de coseguro después del deducible	23 % de coseguro después del deducible
Nivel 4: Medicamento no preferido	44 % de coseguro después del deducible	44 % de coseguro después del deducible	44 % de coseguro después del deducible
Nivel 5: Especialidad	30 % de coseguro después del deducible	No se ofrece	No se ofrece

El costo compartido puede cambiar cuando entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

Usted no paga más de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto sin importar el nivel de costo compartido.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D y algunas de la Parte B sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Farmacia de pedido por correo

Reciba un suministro del medicamento hasta de 90 días por medio de Costco. No necesita ser miembro de Costco para usar el servicio de farmacia de pedidos por correo. Visite <https://rx.costco.com/>

Red de farmacias

Para obtener más información sobre la red de farmacias, visite nuestro sitio en: <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

MEMORIAL[®]
HERMANN
Health Plan
Medicare Advantage Plans



MEMORIAL HERMANN MEDICARE ADVANTAGE

1 DE ENERO DE 2026 - 31 DE DICIEMBRE DE 2026

RESUMEN DE BENEFICIOS (SOB)

PRIME VALUE MA ONLY HMO

H7115-006

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

H7115, Plan 006

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

Este documento de resumen de beneficios da una descripción de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO** del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

Memorial Hermann Prime Value MA Only 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 que se da de los beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la “Evidencia de cobertura” (Evidence of Coverage).

Para unirse a **Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO**, 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, Galveston, Harris, Liberty y Montgomery.

Excepto en casos de emergencia, si usa los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos 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 en letra grande o en idiomas distintos del inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a 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 del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, excepto en feriados importantes. El horario de atención del 1 de abril al 30 de septiembre es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto en feriados importantes.

Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Prima, deducible y máximo de desembolso personal

Prima mensual del plan	\$0 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	Se incluyen \$175 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
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (<i>no incluye medicamentos con receta</i>)	No paga más de \$3,950 al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año.



Servicios hospitalarios

Hospital para pacientes ingresados

Hospitalización

\$750 de copago

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Hospital para pacientes ambulatorios

Centro de cirugía ambulatoria (ASC)

\$125 de copago

Operación para paciente ambulatorio

\$200 de copago

Servicios de observación de hospital para pacientes ambulatorios

\$200 de copago

Pueden aplicarse normas de autorización previa.



Visitas en el consultorio médico

Proveedor de atención primaria (PCP)

\$0 de copago

Especialistas (no se necesita remisión)

\$40 de copago

Visita del proveedor de telesalud con el PCP o con especialistas

Usted hace el mismo copago por las citas de telesalud que por las visitas en el consultorio en persona.

Citas en el consultorio virtual de **Memorial Hermann**

\$0 de copago

<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

Citas virtuales exclusivamente por **Teladoc**

\$0 de copago

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Atención preventiva

- Evaluación de detección de aneurisma de aorta abdominal
- Visita anual de bienestar
- Medición de la masa ósea
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años
- Evaluación de detección del cáncer cervical y vaginal
- Evaluación de detección del cáncer colorrectal
- Evaluación de detección de la depresión
- Evaluación de detección de la diabetes
- Evaluación de detección de la hepatitis C
- Evaluación de detección del VIH
- Evaluación de detección del cáncer de pulmón
- Terapia de nutrición médica
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Evaluación de detección y tratamiento de la obesidad
- Evaluación de detección del cáncer de próstata
- Evaluación de detección y consejería para reducir el consumo indebido de alcohol
- Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Consejería para dejar de fumar
- Vacunas de la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía
- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"

\$0 de copago

Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información sobre estos servicios preventivos cubiertos por Medicare.



Emergencias y servicios necesarios de urgencia

Atención de emergencia

\$150 por visita

Este copago no se cobra si lo hospitalizan en un plazo de 48 horas.

Atención de emergencia en todo el mundo

\$150 USD por visita

Este copago no se cobra si lo hospitalizan en un plazo de 48 horas.

Transporte de emergencia en todo el mundo

20 % de coseguro

Servicios necesarios de urgencia

\$30 por visita

Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo

\$30 USD por visita

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

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por imágenes

Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare	\$25 de copago por prueba diagnóstica o procedimiento
Servicios de laboratorio	\$0 de copago para servicios de laboratorio
Rayos X/Ultrasonidos	\$0 de copago para radiografías
Servicios complejos de diagnóstico por imágenes (MRI, CT, PET)	\$150 de copago por prueba/servicio
Se necesita una autorización previa para algunos servicios.	



Servicios de audición

Examen anual de audición cubierto por Medicare	\$20 de copago
Examen de rutina de audición hecho por el PCP	\$0 de copago por examen básico de audición y equilibrio
Examen de audición hecho por un audiólogo	\$0 de copago por examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio
Aparatos auditivos	\$600 asignación anual total para audífonos, para los dos oídos combinados



Servicios dentales

Beneficio máximo anual del plan de \$1,000

Servicios preventivos

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

\$0 de copago por servicios preventivos con un proveedor dentro de la red

20 % de coseguro por servicios preventivos con un proveedor fuera de la red

Servicios integrales

- Diagnóstico
- Restauración (empastes, puentes)
- Periodoncia (raspado, alisado radicular)
- Endodoncia (tratamiento de conducto)
- Extracciones
- Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)
- Otra operación bucal/maxilofacial
- Otros servicios
- Servicios que no son de rutina

\$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

\$15.40 - \$220.00 de copago por servicios de restauración dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

Resumen de beneficios

Servicios dentales (continúa)

Los beneficios dentales los da Liberty Dental. Para buscar un proveedor, visite su sitio web aquí: <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 detallada en el anexo de Liberty Dental para ver la cantidad exacta del copago para cada tipo de procedimiento.

Lo que pagará

\$5.50 - \$201.30 de copago por servicios de periodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$9.90 - \$364.00 de copago por servicios de endodoncia dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$24.20 - \$103.40 de copago por servicios de extracción dentro de la red o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$25.30 - \$559.90 de copago para prostodoncia dentro de la red, o **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red

\$24.20 - \$1,129.70 en otra operación bucal/maxilofacial, otros servicios

Los copagos para servicios no rutinarios dentro de la red dependen del tipo de servicio. **50 %** de coseguro por servicios fuera de la red.



Servicios de la visión

Exámenes de la visión cubiertos por Medicare

\$30 de copago

Exámenes de rutina de la visión

\$0 de copago

Evaluaciones de detección del glaucoma

\$0 de copago por una evaluación anual de detección

Anteojos (lentes de contacto, lentes, monturas)

\$300 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 ingresados

\$750 de copago por estancia

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor que no es médico

\$0 de copago

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra

\$40 de copago

Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes ambulatorios

\$40 de copago

Resumen de beneficios		Lo que pagará
Servicios de salud mental/abuso de sustancias (continúa) Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes ingresados Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias Pueden aplicarse normas de autorización previa.		\$750 de copago por estancia \$30 de copago
 Centro de enfermería especializada		
Días 1 - 20		\$0 de copago por día
Días 21 - 100		\$125 de copago por día
Pueden aplicarse normas de autorización previa.		
 Servicios de rehabilitación		
Terapia física, ocupacional y del habla y del lenguaje		\$40 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca		\$40 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar		\$40 de copago
Atención con un quiropráctico		\$20 de copago
Manipulación de la columna para corregir una subluxación		
 Ambulancia		
Ambulancia terrestre (ida)		\$250 de copago
Ambulancia aérea (ida)		20 % de coseguro
Se necesita una autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.		
 Medicamentos de la Parte B de Medicare		
Quimioterapia/Medicamentos de radiación		20 % del costo
Otros medicamentos de la Parte B		20 % del costo

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continúa) Insulina de la Parte B suministrada por un proveedor de DME Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia gradual Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.	20 % del costo hasta un máximo de \$35 por un suministro para un mes
 Terapia de infusión a domicilio	
Terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare, incluyendo quimioterapia, antiinfecciosos y otros medicamentos de especialidad para tratar diversas condiciones Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.	20 % de coseguro
 Atención médica a domicilio	
Visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare Cuidados paliativos en casa Pueden aplicarse normas de autorización previa.	Cubierto por Medicare Original Cubierto por Medicare Original
 Servicios y suministros para diabéticos	
Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare Capacitación para que se controle la diabetes por su cuenta Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (Accu-Chek de Roche y Ascencia de Contour) Zapatos o plantillas terapéuticas a medida cubiertas por Medicare	20 % de coseguro 0 % de coseguro 0 % de coseguro 20 % de coseguro

Resumen de beneficios		Lo que pagará
Servicios y suministros para diabéticos (continúa)		
Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. 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 la marca preferida de CGM en una farmacia de la red (retail) Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica.
 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 que ordene un proveedor para usarlas en casa, 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
 Hospicio		
Los servicios del programa de hospicio certificado por Medicare incluyen medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor, cuidados de relevo a corto plazo y atención a domicilio. Pueden aplicarse normas de autorización previa.		Cubierto por Medicare Original
 Servicios telefónicos/virtuales		
Citas virtuales con médicos de atención primaria		\$0 de copago
Citas virtuales con especialistas		\$40 de copago
Servicios necesarios de urgencia		\$30 de copago
Sesiones individuales y de grupo para: - Servicios especializados de salud mental - Servicios psiquiátricos - Tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios		\$0 de copago \$40 de copago \$30 de copago

Resumen de beneficios

Lo que pagará

Servicios telefónicos/virtuales (continúa)

Cita en el consultorio virtual de **Memorial Hermann**
<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

\$0 de copago

Cita 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 para la salud
- Visita anual de bienestar
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Evaluación de detección del cáncer de colon
- Examen de la retina

Gane hasta **\$180** en recompensas por bienes y servicios aprobados por CMS



Comidas

Las comidas se dan inmediatamente después del alta de una hospitalización o de una operación ambulatoria.

Hasta **10** comidas entregadas por alta de una hospitalización u operación ambulatoria



Comida y productos agrícolas (comestibles)

El plan ofrece un beneficio trimestral para comida y productos agrícolas (comestibles) aprobados para el miembro. *Los fondos que no se hayan usado al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

\$40 de asignación por trimestre*



Tarjeta de débito de gastos flexibles (Mastercard)

La tarjeta de gastos flexibles incluye tres (3) categorías de gasto:

Audición

La audición tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en audífonos.

\$600 de asignación anual

Visión

La visión tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en lentes.

\$300 de asignación anual

Resumen de beneficios	Lo que pagará
Tarjeta de débito de gastos flexibles (Mastercard) (continúa) Beneficio de comestibles El beneficio de comestibles se agregará a la tarjeta de gastos flexibles cada trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA. *Los fondos que no se hayan usado al final del trimestre <u>no</u> se transfieren al trimestre siguiente. Para obtener más información, visite nuestra página de la tarjeta de gastos flexibles en: https://mhhp.org/flex.	\$40 de asignación trimestral*
 Más beneficios médicos y para el bienestar	
Membresía en un gimnasio Con nuevas y divertidas maneras para ponerse en forma y mantenerse sano, el Programa Silver&Fit incluye: ○ Ser miembro de un gimnasio o centro de fitness Silver&Fit que participe en el programa básico de Memorial Hermann Prime Value MA Only HMO no tiene costo para usted. Puede elegir adquirir más servicios. Comuníquese con su gimnasio. ○ Kits de gimnasia en casa de Silver&Fit, si no puede ir a un gimnasio o prefiere hacer ejercicio en casa. ○ Planes de ejercicios para ayudarlo a iniciar o continuar una rutina de ejercicios. ○ Videos de ejercicios a demanda para todos los niveles de fitness en el sitio web de Silver&Fit. ○ El club de bienestar para clases y eventos virtuales en vivo y recursos exclusivos. ○ El boletín de Silver Slate® 4 veces al año. ○ El sitio web Silver&Fit. Una línea directa para llamadas sin costo para responder preguntas sobre el programa. Se debe usar un gimnasio contratado que esté disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.	\$0 de copago para el Programa de fitness por medio del programa del kit de ejercicios en casa

Resumen de beneficios**Lo que pagará****Más beneficios médicos y para el bienestar (continúa)**

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 y se usa con permiso en este documento. Los kits están sujetos a cambios. La participación en gimnasios puede variar según el lugar y están sujetos a cambios.

Para obtener más información, visite <https://www.silverandfit.com>.



MEMORIAL HERMANN MEDICARE ADVANTAGE

1 DE ENERO DE 2026 - 31 DE DICIEMBRE DE 2026

RESUMEN DE BENEFICIOS (SOB)

DUAL ADVANTAGE HMO (DSNP)

H7115-005

Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

H7115, Plan 005

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Este documento de resumen de beneficios proporciona un panorama de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por **Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP** del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

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 que se da de los beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la “Evidencia de cobertura” (Evidence of Coverage).

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 & You**” (**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 en letra grande o en idiomas distintos del inglés.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios médicos, llame al Servicio al Cliente al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en: <https://healthplan.memorialhermann.org/medicare/>. El horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, excluyendo los días festivos más importantes. El horario de atención del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excluyendo los días festivos más importantes.

Para obtener información sobre el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, llame al (888) 227-7940 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite: <http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits>. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Este plan es un **Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Eligible Special Needs Plan, D-SNP)** para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Puede inscribirse en el plan Memorial Hermann Advantage D-SNP HMO si pertenece a una de estas dos (2) categorías:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** significa una persona que tiene derecho a la Parte A de Medicare, cumple los criterios federales y cuyos recursos no exceden el doble del límite de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Una persona con QMB es elegible para el pago de Medicaid de las primas de Medicare, deducibles, coseguros y copagos (excepto la Parte D de Medicare). Una persona con QMB Plus también cumple los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid. Las personas con QMB Plus tienen derecho a los beneficios médicos de QMB, además de todos los beneficios disponibles bajo el Plan Estatal de Texas (Texas State Plan) para los beneficiarios de Medicaid totalmente elegibles.
- **Beneficiario de Medicare Plus de Bajos Ingresos Especificados (SLMB+):** significa una persona que tiene derecho a la Parte A de Medicare y cumple los criterios federales de ingresos y recursos. Una persona de SLMB es elegible para el pago de Medicaid de las primas de la Parte B de Medicare. Una persona con SLMB Plus también cumple los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid. Las personas de SLMB Plus tienen derecho al pago de las primas de la Parte B de Medicare, además de todos los beneficios disponibles bajo el Plan Estatal de Texas para los beneficiarios de Medicaid totalmente elegibles.

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

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

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

Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Prima, deducible, y máximo de gastos de bolsillo

Prima del plan mensual	\$4.80* al mes por la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D <i>*Su prima será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0 de deducible para gastos médicos
Deducible de la Parte D	\$615 al año para medicamentos con receta de la Parte D Como miembro de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP, su beneficio de "Ayuda adicional" puede pagar su deducible, si corresponde.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$9,250* al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos para el año. <i>*Su máximo de gastos de bolsillo será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>



Servicios del hospital

Hospital para pacientes hospitalizados

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Hospital para pacientes ambulatorios

Centro de cirugía ambulatoria (ASC)

Operación para paciente ambulatorio

Servicios de observación de hospital para paciente ambulatorio

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Usted paga el **20 %** por cada estancia como paciente hospitalizado*

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

Usted paga el **20 %***

Usted paga el **20 %***

Usted paga el **20 %***

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Visitas en el consultorio del médico

Proveedor de atención primaria (PCP)	Usted paga el 20 % *.
Especialistas (no se necesita remisión)	Usted paga el 20 % *.
Visita del proveedor de telesalud con el PCP o con especialistas	Usted paga el 20 % *.
Visita en el consultorio virtual de Memorial Hermann https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit	No paga nada
Visitas virtuales exclusivamente mediante Teladoc	No paga nada <i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>



Atención preventiva

○ Evaluación de detección de aneurisma de aorta abdominal ○ Visita anual de bienestar ○ Medición de la masa ósea ○ Evaluación de detección del cáncer de mama ○ Pruebas de enfermedades cardiovasculares cada 5 años ○ Evaluación de detección del cáncer cervical y vaginal ○ Evaluación de detección del cáncer colorrectal ○ Evaluación de detección de la depresión ○ Evaluación de detección de la diabetes ○ Evaluación de detección de la hepatitis C ○ Evaluación de detección del VIH ○ Evaluación de detección del cáncer de pulmón ○ Terapia de nutrición médica ○ Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) ○ Evaluación de detección y tratamiento de la obesidad ○ Evaluación de detección del cáncer de próstata	\$0 de copago Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre estos servicios preventivos cubiertos por Medicare.
---	---

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Atención preventiva (continuación)

- Evaluación de detección y consejería para reducir el consumo indebido de alcohol
- Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Consejería para dejar de fumar
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el COVID-19 y la neumonía
- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"



Servicios de emergencia y servicios necesarios de urgencia

Atención de emergencia

Usted paga el **20 %** hasta un máximo de **\$115** por cada visita*. Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.

Atención de emergencia en todo el mundo

Usted paga el **20 %***. Este copago no se cobra si lo admiten en un plazo de 48 horas.

Transporte de emergencia en todo el mundo

Usted paga el **20 %**.*

Servicios necesarios de urgencia

Usted paga el **20 %** hasta un máximo de **\$40** por cada visita*.

Servicios necesarios de urgencia en todo el mundo

Usted paga el **20 %**.*

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

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



Servicios de diagnóstico/laboratorios/diagnóstico por imágenes

Visita de radiología terapéutica cubierta por Medicare

Usted paga el **20 %*** por prueba o procedimiento de diagnóstico.

Servicios de laboratorio

Usted paga el **20 %*** por servicios de laboratorio.

Radiografías/ultrasonidos

Usted paga el **20 %*** por radiografías y ultrasonidos.

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

Usted paga el **20 %*** por prueba/servicio.

Se necesita una autorización previa para algunos servicios.

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Servicios de audición

Examen de audición anual cubierto por Medicare

Examen de audición de rutina hecho por el PCP

Examen de audición hecho por un audiólogo

Aparatos auditivos

Usted paga el **20 %***.

Usted paga el **20 %*** por examen básico de audición y equilibrio.

Usted paga el **20 %*** por examen para diagnosticar y tratar la audición y el equilibrio.

\$500 de asignación total anual para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados.

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



Servicios Dentales

Beneficio máximo anual del plan de \$4,000

Servicios preventivos

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

Servicios integrales

- Diagnóstico
- Restauración (empastes, puentes)
- Periodoncia (raspado, alisado radicular)
- Endodoncia (tratamiento de conducto)
- Extracciones
- Prostodoncia (aparatos dentales, prótesis dentales)
- Otra operación bucal/maxilofacial
- Otros servicios
- Servicios que no son de rutina

Los beneficios dentales los da Liberty Dental.

Para buscar un proveedor, visite su sitio web en:
<https://client.libertydentalplan.com/MemorialHermannMedicare/FindADentist>.

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.

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, restauración, endodoncia, periodoncia y servicios que no son de rutina dentro de la red.

Usted paga **\$0** por extracciones, restauración, endodoncia, periodoncia y servicios que no son de rutina fuera de la red.

Usted paga **\$0** por servicios de prótesis, otras operaciones orales/maxilofaciales y otros servicios tanto dentro como fuera de la red.

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Servicios de la vista

Exámenes de la vista cubiertos por Medicare

Usted paga el **20 %***.

Evaluaciones de glaucoma

Usted paga el **20 %** por una evaluación anual*.

Exámenes de rutina de la vista

No paga **nada**.

Anteojos y lentes (lentes de contacto, lentes, monturas)

\$500 de beneficio total anual para anteojos y lentes o lentes de contacto.

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*



Servicios de salud mental/por abuso de sustancias

Atención de salud mental para pacientes hospitalizados

Usted paga el **20 %** por estancia*.

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un proveedor que no es médico

Usted paga el **20 %***.

Sesión de terapia individual o terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra

Usted paga el **20 %***.

Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes ambulatorios

Usted paga el **20 %***.

Programa de tratamiento por consumo de opioides para pacientes hospitalizados

Usted paga el **20 %** por estancia*.

Visita para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

Usted paga el **20 %***.

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Centro de enfermería especializada

Días 1-20	Usted paga el 20 % *.
Días 21-100	Los miembros del programa QMB+ pagarán el 20 % *. Los miembros del programa SLMB+ pagarán el 20 % *.
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	<i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+.</i>



Servicios de rehabilitación

Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga el 20 % *.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga el 20 % *.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga el 20 % *.
Atención con un quiropráctico Manipulación de la columna para corregir una subluxación	Usted paga el 20 % *.
Acupuntura Para el tratamiento del dolor lumbar crónico	Usted paga el 20 % *. <i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>



Ambulancia

Ambulancia terrestre (ida)	Usted paga el 20 % *.
Ambulancia aérea (ida)	Usted paga el 20 % *.
Se necesita una autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.	<i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>

Resumen de beneficios		Lo que pagará	
 Transporte			
Incluye taxi, servicios de transporte compartido, autobús, metro, camioneta y transporte médico. Para obtener más información y reservar su transporte visite: https://www.mymodivcare.com.		Usted paga \$0 por transporte ilimitado de ida a lugares relacionados con la salud por año.	
 Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Quimioterapia/Medicamentos de radiación Otros medicamentos de la Parte B Insulina de la Parte B suministrada a través de un proveedor de DME Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia gradual Se puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.		Usted paga el 20 %*. Usted paga el 20 %*. 20 % del costo hasta un máximo de \$35 por un suministro de un mes*. <i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>	
 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 puede necesitar una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.		Usted paga el 20 %*. <i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>	
 Atención médica en casa			
Visita de atención médica en casa cubierta por Medicare Cuidados paliativos en casa Pueden aplicarse normas de autorización previa.		Usted paga el 20 %*. Usted paga el 20 %*. <i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>	

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Servicios y suministros para diabéticos

Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % *.
Capacitación para el manejo de su propia diabetes	No paga nada .
Marcas exclusivas preferidas de glucómetros y tiras reactivas (Accu-Chek de Roche y Ascencia de Contour)	No paga nada .
Zapatos o plantillas terapéuticas moldeadas a medida cubiertas por Medicare	Usted paga el 20 % *.
Los monitores continuos de glucosa (CGM) están limitados a nuestros fabricantes preferidos, DexCom y Freestyle Libre. Solo podemos cubrir otras marcas y fabricantes si el médico u otro proveedor nos dice que la marca preferida no es apropiada para las necesidades médicas.	Usted paga el 20 % * para las marcas preferidas de CGM en una farmacia de la red (comercio) . Todas las demás marcas están sujetas a una revisión de necesidad médica. <i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>



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 que ordene un proveedor para usarlas en casa, bombas para infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Usted paga el 20 % *.
Pelucas para pacientes de quimioterapia	No paga nada .
Pueden aplicarse normas de autorización previa.	<i>*Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.</i>

Resumen de beneficios

Lo que pagará

**Hospicio**

Los servicios del programa de hospicio certificado por Medicare incluyen medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor, cuidados de relevo a corto plazo y atención en casa.

Pueden aplicarse normas de autorización previa.

Cubierto y pagado por Medicare Original

**Servicios telefónicos/virtuales**

Visitas virtuales por medio de médicos de atención primaria

Usted paga el **20 %***.

Visitas virtuales a especialistas

Usted paga el **20 %***.

Servicios necesarios de urgencia

Usted paga el **20 %***.

Sesiones individuales y de grupo para:

- Servicios especializados de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Usted paga el **20 %***.

Usted paga el **20 %***.

Usted paga el **20 %***.

Visita en el consultorio virtual de

Memorial Hermann

<https://www.memorialhermann.org/services/specialties/virtual-care/virtual-office-visit>

No paga **nada**.

Visita telefónica 24/7 disponible por medio de **Teladoc**.

Puede registrarse o iniciar sesión en Teladoc en <https://www.teladoc.com/>.

No paga **nada**.

**Su costo compartido será de \$0 si está inscrito como miembro de Medicaid QMB+ o SLMB+.*

**Programa de Premios de Bienestar Healthy Advantage (Healthy Advantage Wellness Rewards Program)**

Complete las siguientes actividades para ganar premios:

- Evaluación anual de riesgos para la salud
- Visita anual de bienestar
- Evaluación de detección del cáncer de mama
- Evaluación de detección del cáncer de colon
- Examen de la retina

Gane hasta **\$180** en premios para bienes y servicios aprobados por CMS.

Resumen de beneficios

**Comidas**

Las comidas se dan inmediatamente después del alta de una hospitalización o de una operación ambulatoria.

Hasta **10** comidas entregadas por el alta del hospital o de una operación ambulatoria

**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 transfieren para el siguiente trimestre.

Asignación máxima de **\$205** por trimestre*

**Comida y productos agrícolas (comida)**

El Plan da un beneficio anual para comidas y productos agrícolas (comestibles) aprobados para el miembro.
*Los fondos no usados al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

Asignación de **\$255** por trimestre*

**Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard)**

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

Audición

Audición tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en aparatos auditivos.

\$500 de asignación anual

Vista

Vista tiene una asignación anual para gastar según sea necesario en anteojos y lentes.

\$500 de asignación anual

Artículos de venta libre (OTC)

El beneficio de OTC es cada tres (3) meses para los artículos aprobados por CMS.
*Los fondos no usados al final del trimestre no se transfieren al trimestre siguiente.

\$205 de asignación trimestral*

Resumen de beneficios

Lo que pagará



Tarjeta de débito de gasto flexible (Mastercard) (continuación)

Beneficio de comestibles

El beneficio de comestibles se agregará a la tarjeta de gastos flexibles cada trimestre. Los comestibles aceptables siguen las directrices de SNAP de USDA.

*Los fondos que no se usan al final del trimestre no se transfieren para el siguiente trimestre.

Para obtener más información, visite nuestra página de Flex Card en: <https://mhhp.org/flex>.

Asignación trimestral de **\$255***

**Más beneficios médicos y para el bienestar****Membresía en un gimnasio**

Con nuevas y divertidas maneras para ponerse en forma y mantenerse sano, el Programa Silver&Fit incluye:

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

Se debe usar un gimnasio contratado que esté disponible en toda el área de servicio. Las ofertas de clases específicas varían según el lugar.

\$0 de copago para el Programa de fitness por medio del programa del kit de ejercicios en casa

Resumen de beneficios

Lo que pagará

**Más beneficios médicos y para el bienestar (continuación)**

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 y se usa con permiso en este documento. Los kits están sujetos a cambios. La participación de los gimnasios puede variar según el lugar y está sujeta a cambios.

Para obtener más información, visite:
<https://www.silverandfit.com>.



BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Fase de deducible	\$615 de deducible para medicamentos de la Parte D Como miembro de Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP , su beneficio de “ Ayuda adicional ” puede pagar su deducible, si corresponde.
--------------------------	--

Fase de cobertura inicial

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus 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 **\$2,100**.

Si recibe “**Ayuda adicional**” para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, es elegible para reducir los costos compartidos.

- Los costos compartidos para los medicamentos genéricos con receta elegibles serán de **\$0**, **\$1.60** o **\$5.10**, dependiendo del nivel de “**Ayuda adicional**”.
- Los costos compartidos para medicamentos de marca elegibles serán de **\$0**, **\$4.90** o **\$12.65**, 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	Venta al por menor de costos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 30 días)	Venta al por menor de costos compartidos (Dentro de la red) (Suministro para 90 días)	Gastos compartidos de pedidos por correo (suministro a 90 días) por medio de Costco
Nivel 1: Genérico preferido	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .
Nivel 2: Genérico	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .
Nivel 4: Medicamento no preferido	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .	Usted paga el 25 % .
Nivel 5: Especialidad	Usted paga el 25 % .	No disponible	No disponible

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

Usted no paga más de \$35.00 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto sin importar el nivel de costo compartido.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D y algunas de la Parte B sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Farmacia de pedido por correo

Reciba un suministro del medicamento hasta de 90 días por medio de Costco. No necesita ser miembro de Costco para usar el servicio de farmacia de pedido por correo. Visite:

<https://rx.costco.com/>.

Red de farmacias

Para obtener más información sobre la red de farmacias, visite nuestro sitio en:
<http://mhhp.org/medicare-advantage/pharmacy-benefits/pharmacy-directory>.

