

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual informa sobre los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el manual de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y busque en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace “paneles” en el medio de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estos recuadros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información anual sobre los precios de

los medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que visita con regularidad, en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que usted usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la característica de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al final de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, únase a un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, estará inscrito en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Su inscripción se cancelará automáticamente en su actual plan.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a domingo y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.
- Este material también está disponible en otros formatos (por ejemplo, Braille, letra grande, audio). Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar este material en otro formato.
- **La cobertura dentro del marco de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

- Johns Hopkins Advantage MD es un plan Medicare Advantage con un contrato de Medicare que ofrece productos HMO y PPO. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD depende de la renovación del contrato.
- (Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).

Resumen de los costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$351	\$301
<p>Montos máximos de costos de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de costos de bolsillo si cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p>De proveedores de la red: \$7,550</p> <p>Proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$11,300</p>	<p>De proveedores de la red: \$7,550</p> <p>Proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$11,300</p>
<p>Consultas en el consultorio médico</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted no paga nada por consulta</p> <p>Visitas de especialidad: copago de \$10 por consulta</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted no paga nada por consulta</p> <p>Visitas de especialidad: copago de \$10 por consulta</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted no paga nada por consulta</p> <p>Visitas de especialidad: copago de \$25 por consulta</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: Coaseguro del 30 % por visita</p> <p>Consultas a especialistas: Coaseguro del 30 % por visita</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Estadías como paciente hospitalizado Incluye atención de pacientes agudos hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$200 por admisión por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare hasta por 90 días.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$200 por admisión por cada período de beneficio (90 días) para el cuidado de hospitalización cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$200 por día por los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada cada día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p>	<p>Deducible: \$0 Copago / coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido \$3 • Medicamentos de Nivel 2: Genérico \$10 	<p>Deducible: \$0 Copago / coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Genérico \$10

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>(Consulte la sección 1.6 para conocer los detalles).</p> <p>Para saber qué medicamentos son Insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le hemos enviado electrónicamente. Puede identificar Insulinas selectas consultando nuestra Lista de medicamentos para la insulina marcada con SI. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: Marca preferida \$40 • Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$90 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: Marca Preferida \$40 (\$35 para insulinas seleccionadas) • Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$90
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad 33 % del costo total Costo compartido de encargo por correo <i>(suministro para tres meses)</i> • Medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido \$6 • Medicamentos de Nivel 2: Genérico \$20 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad 33 % del costo total (\$35 para Insulinas selectas) Costo compartido de encargo por correo <i>(suministro para tres meses)</i> • Medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Genérico \$20

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="714 304 1063 451">• Medicamentos de Nivel 3: Marca preferida \$80 <li data-bbox="714 556 1063 724">• Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$180 <li data-bbox="714 766 1063 1050">• Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5. 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1096 304 1429 514">• Medicamentos de Nivel 3: Marca Preferida \$80 (\$70 para insulinas seleccionadas) <li data-bbox="1096 546 1429 724">• Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$180 <li data-bbox="1096 756 1429 1050">• Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de los costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en sus montos máximo de costos de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios en la Red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan escoger	17
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)	17
Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes	17
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de planes	18
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	19
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	20
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)	20
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	20

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la parte B de Medicare).	\$351	\$301

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en sus montos máximo de costos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se llaman “montos máximo de costos de bolsillo”. Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores de la red cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo.</p>	\$7,550	<p>\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo de costos de bolsillo combinado</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo combinado. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo para servicios médicos.</p>	\$11,300	<p>\$11,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$11,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. Además, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para información del proveedor actualizada o para pedir que le enviemos por correo electrónico un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Hay varias razones por las que un proveedor puede retirarse de nuestro plan, pero si su médico o especialista lo hace, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Haremos nuestro mejor esfuerzo para darle aviso con por lo menos 30 días de antelación indicándole que su proveedor va a dejar nuestro plan, a fin de que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir a otro proveedor calificado para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para remplazar al anterior, o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la Red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. Además, puede llame al Servicio de Atención al Cliente para información del proveedor actualizada o para pedir que le enviemos por correo electrónico un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que tiene que pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura 2022*.

Servicios de Programa de tratamiento por consumo de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)

- Orientación sobre el uso de sustancias
- Terapia grupal e individual
- Prueba toxicológica
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Servicios en el centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$50 por los servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por los servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$100 por los servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$100 por los servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p>Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada visita de servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada por cada visita de servicios odontológicos cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios odontológicos (Integrales no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red: Servicios de restauración: Usted paga un coaseguro del 20-50 % dependiendo del servicio.</p> <p>Extracciones: Usted paga un coaseguro del 20 %.</p> <p>Endodoncia: Usted paga un coaseguro del 50 %.</p> <p>Periodoncia:</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red: Servicios de restauración: Usted no paga nada.</p> <p>Extracciones: Usted no paga nada.</p> <p>Endodoncia: Usted no paga nada.</p> <p>Periodoncia: Usted no paga nada.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Usted paga un coaseguro del 0-50 % dependiendo del servicio</p> <p>Prostodoncia – Otras cirugías bucales/maxilofaciales; otros servicios</p> <p>Usted paga un coaseguro del 0-50 % dependiendo del servicio</p>	<p>Prostodoncia – Otras cirugías bucales/maxilofaciales; otros servicios</p> <p>Usted no paga nada.</p>
Consultas en el consultorio médico	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada visita a especialistas cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted no paga nada por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada visita a especialistas cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada visita a médicos de atención primaria cubiertos por Medicare.</p>
Atención para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$200 por admisión por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare hasta por 90 días.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$200 por admisión por cada período de beneficio (90 días) para el cuidado de hospitalización cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$200 por día por los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada cada día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$200 por admisión por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare hasta por 90 días.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$200 por día por los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada cada día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación)	<p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$200 por admisión por cada período de beneficio (90 días) para el cuidado de hospitalización cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada estadía de salud mental como paciente hospitalizado cubierta por Medicare.</p>
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y terapia escalonada	No se aplican las reglas de la terapia escalonada.	Es posible que se apliquen las reglas de la terapia escalonada.
Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada visita de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios psiquiátricos ambulatorios	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada visita con un psiquiatra de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada visita con un psiquiatra de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada visita con un psiquiatra de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada visita con un psiquiatra de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>
Servicios de observación y cirugía para pacientes ambulatorios (en un centro para pacientes ambulatorios)	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$100 por los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$100 por los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$150 por los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$150 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$150 por los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$150 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cuidados en Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Fuera de la red: No paga nada por día durante los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$100 por día para los días 21 a 100 por cada estadía en un SNF cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga un coaseguro del 30 % por cada estadía en un SNF cubierto por Medicare.</p>
Programa de visitantes/viajeros	Cubierto	No cubierto

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama un Formulario, o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otro recetador) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros** actuales a que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicio de Atención al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otro recetador) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de

membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que le haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si actualmente está tomando un medicamento para el que recibió una excepción al formulario, consulte la carta que se le envió, que otorgó la excepción para ver si la excepción continúa más allá del año del plan 2021. Si establece que la excepción al formulario vencerá en o al final de 2021, deberá enviar una nueva solicitud de excepción al formulario para el medicamento para 2022 si su estado en el formulario no ha cambiado. Puede acceder al formulario completo de 2022 en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com para ver si los cambios afectan su medicamento.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Hemos incluido un encarte separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula del subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula adicional de LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de transición de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en

www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar.</p>	<p>Su costo por un surtido de suministros para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – Genérico preferido: Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 – Genérico: Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferida: Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p>	<p>Su costo por un surtido de suministros para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – Genérico preferido: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 – Genérico: Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferida: Usted paga \$40 (\$35 por Insulinas selectas) por medicamento recetado.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 4 – Medicamento no preferido:</p> <p>Usted paga \$90 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 – nivel de especialidad:</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de transición de cobertura).</p>	<p>Nivel 4 – Medicamento no preferido:</p> <p>Usted paga \$90 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 – nivel de especialidad:</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total (\$35 por Insulinas selectas) por medicamentos recetados.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de transición de cobertura).</p>

Cambios en las Etapa de transición de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de transición de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de transición de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.**

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) ofrece cobertura de etapa de transición adicional para Insulinas selectas. Durante la Etapa de transición de cobertura, sus costos de bolsillo personal por Insulinas selectas serán de \$35 por un suministro de un mes y de hasta \$105 por un suministro de tres meses.

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan escoger

Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

No necesita nada para permanecer en su plan. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en tiempo y forma,
- O BIEN, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Johns Hopkins Advantage MD ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción a Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción a Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).

- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la Sección 6.1 de este manual).
 - O bien, puede contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Hay otras épocas del año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a dejar la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un Medicare Advantage Plan para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Maryland, SHIP hace referencia a Senior Health Insurance Program.

Senior Health Insurance Program es independiente (no se encuentra conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría **gratuita** sobre los seguros médicos locales a los beneficiarios de Medicare. Los asesores del Senior Health Insurance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder a sus preguntas sobre cambios de planes. Puede llamar al Programa de Seguro de Salud para personas mayores al 1-410-767-1100 o al 1-800-243-3425. Puede obtener más información sobre el Programa de Seguro de Salud para personas mayores visitando su sitio web (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días a la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda de su programa estatal de ayuda farmacéutica** Maryland tiene un programa llamado Programa para la Asistencia con los Medicamentos Recetados para Personas Mayores (Senior Prescription Drug Assistance Program, SPDAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica.

Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este manual).

- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infra-asegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por ADAP, califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia en Medicamentos contra el SIDA de Maryland. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al:
 - Maryland AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
Prevention and Health Promotion Administration
500 N. Calvert St, 5th Floor
Baltimore, MD 21202

410-767-6535 o 1-800-205-6308 teléfono
410-333-2608 fax

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325. (TTY únicamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a domingo y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2022* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para conocer los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para el año 2022 de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario / Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Todos los años en el otoño a las personas con Medicare se les envía este manual por correo. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.