

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) ofrecido por Johns Hopkins Advantage MD

Notificación anual de cambios para el año 2023

En la actualidad se encuentra inscrito como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Por favor, lea en la página 4 el resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información acerca de costos, beneficios o reglamentos, por favor repase la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar a Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluso requisitos de autorización y costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en el listado de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que está usando aún tengan cobertura.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluso farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de planes

- Verifique cobertura y costos de planes que se encuentran en su zona. Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise el listado en el dorso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que reduzca su elección al plan que prefiera, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan para el 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Para **cambiarse a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. De esta forma se cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Consulte la sección 2, página 17 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si hace poco ingresó, o vive, o recién salió de un establecimiento (como un centro de enfermería especializada o un hospital para estancias prolongadas), puede cambiar de planes o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan Medicare de medicamentos recetados por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible en español, sin cargo.
- Por favor, comuníquese con nuestro número de Atención al Cliente al 1-877-293-4998 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo son: de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Este material también se encuentra disponible en otros formatos (por ejemplo, braille, letra grande, audio). Comuníquese con Atención al Cliente para solicitar este material en otro formato.
- **La cobertura dentro del marco de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite el sitio web del IRS (Servicio de Rentas Internas) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

- Johns Hopkins Advantage MD es un plan de Medicare Advantage con un contrato Medicare que ofrece productos HMO y PPO. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un convenio por escrito con el programa Maryland Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland.
- Cuando este documento 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 D-SNP.

Notificación anual de cambios para el año 2023

Índice

Resumen de los costos importantes para el año 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos de costos de bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP	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 y Medicaid del Departamento de Salud de Maryland	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	20
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	21
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP	21
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	21
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland	23

Resumen de los costos importantes para el año 2023

La tabla que se encuentra a continuación compara los costos de 2022 y de 2023 en varias áreas importantes del plan Johns Hopkins Advantage MD D- SNP. **Por favor, tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para conocer más detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio médico	Consultas de atención primaria: usted no paga nada por la consulta Consulta con especialistas: usted no paga nada por la consulta	Consultas de atención primaria: usted no paga nada por la consulta Consulta con especialistas: usted no paga nada por la consulta
Estadías como paciente hospitalizado	Usted no paga nada por una estadía de hasta 90 días en el hospital cubierta por Medicare.	Usted no paga nada por una estadía de hasta 90 días en el hospital cubierta por Medicare.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para conocer más detalles).</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p>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 25 % o Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos) usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %* <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: todos los medicamentos del vademécum Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos) usted paga o bien: \$0, \$1.45, \$4.15 o 15 %* <p>Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.30, \$10.35 o 15 %*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>• Medicamentos de Nivel 3: marca preferida 25 % o</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos) usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %*</p> <p>Para el resto de los medicamentos usted paga o bien: \$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> <p>• Medicamentos de Nivel 4: medicamentos no preferidos 25 % o</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %*</p> <p>Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> 	

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>Medicamentos de Nivel 5: nivel de especialidad 25 % o</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga o bien:</p> <p>\$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %*</p> <p>Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien:</p> <p>\$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> 	
<p>Monto máximo de costos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer más detalles).</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de costos de bolsillo para los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$8,300</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de costos de bolsillo para los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (Usted también deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid, del Departamento de Salud de Maryland, lo pague por usted).	\$0	\$0
		No hay cambios en los beneficios del año próximo.

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

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga «de su bolsillo» durante el año. Este límite se llama «monto máximo de costos de bolsillo». Una vez que alcanza esa suma, en general no paga nada por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo de costos de bolsillo Dado que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland, muy pocos miembros alcanzan este máximo de costos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de costos de bolsillo para los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo.	\$7,550	\$8,300
		Una vez que haya pagado \$8,300 de su bolsillo para los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por sus servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los listados actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitar que le enviemos un listado por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Por favor, revise el *Listado de Proveedores 2023* para consultar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. **Por favor, revise el *Listado de Farmacias 2023* para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si una modificación de mitad de año con respecto a nuestros proveedores lo afecta, por favor comuníquese con Atención al Cliente para que lo podamos ayudar.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Por favor, tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa acerca de las modificaciones en sus beneficios y costos de Medicare.

El próximo año cambiaremos costos y beneficios de determinados servicios médicos. La siguiente información describe estas modificaciones.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios quiroprácticos (sin cobertura de Medicare)	Los tratamientos quiroprácticos de rutina sin cobertura de Medicare <u>no</u> están cubiertos.	Usted no paga nada por los tratamientos quiroprácticos de rutina sin cobertura de Medicare (12 consultas quiroprácticas de rutina al año)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (integrales sin cobertura de Medicare)</p>	<p>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> <p>Prostodoncia – Otras cirugías bucales/maxilofaciales – Otros servicios: usted no paga nada.</p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$500 por año para servicios odontológicos integrales dentro de la red sin cobertura de Medicare.</p>	<p>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> <p>Prostodoncia – Otras cirugías bucales/maxilofaciales – Otros servicios: usted no paga nada.</p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,500 por año para servicios odontológicos integrales dentro de la red sin cobertura de Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipo o suministros que excedan los \$2,500 y para todo el equipo de alquiler.</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipo y suministros. Se requiere autorización previa para todo equipo de alquiler.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Audífonos</p>	<p>El plan paga un monto máximo por beneficio de \$1,000 en relación con la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos si supera el monto máximo por beneficio de \$1,000 para los audífonos de la marca TruHearing.</p> <p>La compra de los audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3 consultas a proveedores dentro del primer año de la compra de los audífonos ● Período de prueba de 45 días ● Garantía extendida de 3 años ● 48 pilas por audífono incluidas con los modelos que no son recargables <p>El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios modelos y colores. Los audífonos Premium están disponibles en modelos recargables por \$50 adicionales por audífono.</p>	<p>El plan paga un monto máximo por beneficio de \$1,000 en relación con la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos si supera el monto máximo por beneficio de \$1,000 para los audífonos de la marca TruHearing.</p> <p>La compra de los audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consultas de control con los proveedores durante el primer año ● Período de prueba de 60 días ● Garantía extendida de 3 años ● 80 pilas por audífono incluidas con los modelos que no son recargables <p>El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios modelos y colores. Los audífonos Premium están disponibles en modelos recargables por \$50 adicionales por audífono.</p>
<p>Exámenes auditivos (Sin cobertura de Medicare)</p>	<p>Usted no paga nada por cada examen auditivo de rutina (un examen auditivo de rutina por año).</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de rutina para el ajuste/evaluación de los audífonos (beneficio ilimitado).</p>	<p>Usted no paga nada por cada examen auditivo de rutina (un examen auditivo de rutina por año).</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de rutina para el ajuste/evaluación de los audífonos (beneficio ilimitado).</p>

<p>Nuestro plan paga hasta \$500 cada tres años.</p>	<p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada dos años.</p>
--	---

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se podrá requerir autorización previa para: terapia electroconvulsiva, estimulación transmagnética.
Medicamentos de venta libre (farmacia)	Usted no paga nada por artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) El plan cubre hasta \$90 cada tres meses. La suma que no se utilice no se acumula para el siguiente período.	Usted no paga nada por artículos de venta libre (OTC). El plan cubre hasta \$110 cada tres meses. La suma que no se utilice no se acumula para el siguiente período.
Servicios de podología (sin cobertura de Medicare)	Las consultas de rutina para el cuidado de los pies que <u>no</u> están cubiertas por Medicare <u>no</u> tienen cobertura.	Usted no paga nada por cada consulta de rutina para el cuidado de los pies (12 consultas podológicas de rutina por año). No hay límite de cobertura en el plan.
Prótesis	Se requiere autorización previa para el equipo o los suministros que excedan los \$2,500.	Se podrá requerir autorización previa para equipo y suministros.
Servicios de telesalud	Los servicios de telesalud adicionales cubiertos por Medicare <u>no</u> tienen cobertura.	Usted no paga nada por servicios de telesalud adicionales cubiertos por Medicare.
Servicios de transporte	Usted no paga nada por hasta 12 viajes de ida y vuelta sin carácter de emergencia a cualquier servicio y/o ubicación relacionados con la salud por año.	Usted no paga nada por hasta 24 viajes de ida sin carácter de emergencia a cualquier servicio y/o ubicación relacionados con la salud por año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cuidados de la vista (lentes y anteojos sin cobertura de Medicare)</p>	<p>Usted no paga nada por lentes de anteojos (beneficio ilimitado).</p> <p>Usted no paga nada por armazones de anteojos (beneficio ilimitado).</p> <p>Usted no paga nada por lentes de contacto (beneficio ilimitado).</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$150 cada dos años por anteojos y lentes complementarios (minorista o en línea) de cualquier proveedor.</p>	<p>Usted no paga nada por lentes de anteojos (beneficio ilimitado)</p> <p>Usted no paga nada por armazones de anteojos (beneficio ilimitado).</p> <p>Usted no paga nada por de contacto (beneficio ilimitado).</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada dos años por anteojos y lentes complementarios (minorista o en línea) de cualquier proveedor.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestro listado de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos con cobertura se llama vademécum o «listado de medicamentos». Se provee una copia de nuestro listado por medios electrónicos.

Hicimos cambios en nuestro listado de medicamentos, por ejemplo, en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise el listado para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el año próximo y para saber si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en el listado de medicamentos se producen a comienzos de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos de manera inmediata quitar medicamentos que la FDA (siglas en inglés de la Administración de Alimentos y Medicamentos) considere poco seguros o que sean retirados del mercado por el fabricante del producto. Actualizamos nuestro listado de medicamentos en línea para brindar el listado más reciente.

Si se ve afectado por una modificación en la cobertura de medicamentos a comienzos o durante el año, por favor revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para encontrar alternativas, como pedir el suministro temporario, solicitar una excepción y/o intentar encontrar un nuevo medicamento. También se puede comunicar con Atención al Cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe «Ayuda Adicional» para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, podrá calificar para obtener una reducción o la eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Parte de la información descrita en esta sección puede que no se aplique a usted.

Hay cuatro «etapas de pago de medicamentos».

La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayor parte de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la etapa de transición de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin ningún costo. Comuníquese con Atención al Cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: usted pagará \$35 como máximo por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es \$480.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
-------	-----------------	--------------------

Etapa 2:**Etapa de cobertura inicial**

Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde al plan y **usted paga la parte del costo que le corresponde a usted.**

Su costo para el suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Nivel 1 - genéricos preferidos

Usted paga \$0.

Su costo para el suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Nivel 1 - todos los medicamentos del vademécum:

para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga o bien: \$0, \$1.45, \$4.15 o 15 %*

Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.30, \$10.35 o 15 %*

*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (30 días) cuando usted adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de suministros a largo plazo o para recetas por correo, lea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestro listado. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en el listado de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2 – genéricos: usted paga 25 % o</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %*</p> <p>Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> <p>Nivel 3 – marca preferida: usted paga 25 % o</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %*</p> <p>Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p>	

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 4 – medicamento no preferido: Usted paga 25 % o para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %* Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %* *El costo compartido se basa su nivel de Ayuda Adicional.</p> <p>Nivel 5 – nivel de especialidad: Usted paga 25 % o para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga o bien: \$0, \$1.35, \$3.95 o 15 %* Para el resto de los medicamentos, usted paga o bien: \$0, \$4.00, \$9.85 o 15 %* *El costo compartido se basa su nivel de Ayuda Adicional.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la etapa siguiente (etapa de transición de cobertura).</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (etapa de transición de cobertura).</p>

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se pasa a Original Medicare para el 7 de diciembre, estará inscrito automáticamente en nuestro plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el año próximo, pero si quiere cambiar de planes en 2023, siga los pasos a continuación:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud Medicare diferente,
- --O-- puede pasarse a Original Medicare. Si se pasa a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para conocer más acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

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

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud Medicare distinto**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan para medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan para medicamentos recetados**, usted deberá o bien:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Comunicarse con **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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de planes

Si desea cambiarse a un plan distinto o a Original Medicare para el año próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿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 cobertura de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland, las que tienen «Ayuda Adicional» para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan de tener cobertura de su empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no está conforme con la elección de su plan, puede pasarse a otro plan de salud Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si hace poco ingresó, o vive, o recién salió de un establecimiento (como un centro de enfermería especializada o un hospital para estancias prolongadas), puede cambiar su cobertura Medicare **en cualquier momento**. Puede pasarse a cualquier plan de salud Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid del Departamento de Salud de Maryland

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa de gobierno independiente con asesores capacitados en cada estado. En Maryland, el SHIP se llama Senior Health Insurance Program (Programa de Seguros Médicos para la Tercera Edad).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría **gratuita** sobre seguros médicos locales a beneficiarios de Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Program pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare ofrece y responder preguntas acerca de cambios de planes. Puede llamar a Senior Health Insurance Program al 410-767-1100 o al 1-800-243-3425. Puede obtener más información acerca de Senior Health Insurance Program visitando su sitio web (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

Si tiene preguntas acerca de los beneficios de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland, comuníquese con este Departamento al 1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Horarios de atención: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información acerca de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland como persona doblemente elegible, comuníquese con su oficina local del Departamento Estatal de Servicios Sociales en:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Anne Arundel

80 West Street
Annapolis, Maryland 21401

(Edificio del Tribunal de
Distrito) 7500 Ritchie
Highway Glen Burnie,
MD 21061

Teléfono: 410-269-4500

Fax: 410-974-8566

Dirección de correo electrónico: aacounty.dhs@maryland.gov

Departamento de Servicios Sociales del condado de Howard

9780 Patuxent Woods Drive

Columbia, Maryland 21046

Teléfono: 410-872-8700

Dirección de correo electrónico: howco.dss@maryland.gov

Horarios de atención: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a
4.30 p. m. El primer y tercer martes de cada mes, de 8:00
a. m. a 7:00 p. m.

**Departamento de Servicios
Sociales del condado de
Montgomery**

Oficina central (sin servicio
público) 401 Hungerford Drive,
5. ° piso Rockville, Maryland
20850

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Silver Spring Center

8818 Georgia Ave.

Silver Spring, MD 20910

Oficinas del Departamento de Salud y Servicios Humanos

1401 Rockville Pike

Rockville, MD 20852

Edificio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Mid-County

1301 Piccard Drive

Rockville, MD 20850

Centro de Servicios Regionales de Upcounty

2. ° piso, 12900 Middlebrook Rd.

Germantown, MD 20874

Teléfono: 240-777-4513

Fax: 240-777-1494

TTY: Use MD Relay 711

Consulte cómo el inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **«Ayuda Adicional» de Medicare.** Dado que usted tiene Medicaid del Departamento de Salud de Maryland, ya está inscrito en «Ayuda Adicional», también denominada subsidio por bajos ingresos. La «Ayuda Adicional» paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Porque usted califica, no tiene período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas con respecto a la «Ayuda Adicional», llame a:
 - 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 de la semana;
 - la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - su Oficina Estatal de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Maryland tiene un programa llamado Programa de Asistencia en Medicamentos Recetados para la Tercera Edad de Maryland que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad o su estado médico. Para conocer más acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los individuos deben cumplir con determinados criterios, entre otros, una constancia de residencia en el estado y condición con respecto al VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o de infraasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también tienen cobertura del ADAP, califican para la ayuda de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Maryland. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos con cobertura o de qué manera inscribirse en el programa, por favor llame al

Maryland AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
Prevention and Health Promotion Administration
500 N. Calvert St, 5. ° piso
Baltimore, MD 21202
1-410-767-6535 o 1-800-205-6308 teléfono 1-410-333-2608

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

¿Preguntas? Estamos aquí para brindarle ayuda. Por favor, llame a Atención al Cliente al 1-877-293-4998. (Usuarios de TTY únicamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2023* (contiene detalles acerca de los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de las modificaciones en sus beneficios y costos para 2023. Para conocer los detalles, lea la *Evidencia de Cobertura 2023* de Johns Hopkins Advantage MD D- SNP. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar a Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Listado de proveedores*) y nuestro listado de medicamentos cubiertos (*Vademécum/Listado de medicamentos*).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener 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

Visite 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 en su zona. Para ver la información sobre los planes, diríjase a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Todos los años en el otoño, este documento se envía por correo a las personas beneficiarias de Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtener una en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland

Para obtener información de Medicaid puede llamar a Medicaid del Departamento de Salud de Maryland al 1- 410-767-6500 o al 1-800-492-5231. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.