

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) 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 Premier (PPO). 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.)

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

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 encuentren 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 Premier (PPO).
- 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 Premier (PPO).
- 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 1-877-293-5325 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 Premier (PPO)

- 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.
- 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 Premier (PPO).

Y0124_PPO004ANOCSPN0922_M CMS Approved 09082022

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	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos de costos de bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)	14
Sección 2.2 –Si desea cambiar de planes	14
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de planes	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	17
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17

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 Premier (PPO). **Por favor, tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor o inferior que este importe. Consulte la Sección 1.1 para conocer más detalles.</p>	\$301	\$301
<p>Montos máximos de costos de bolsillo</p> <p>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>De proveedores de la red: \$7,550</p> <p>De proveedores de la red y no pertenecientes a la red combinados: \$11,300</p>	<p>De proveedores de la red: \$7,550</p> <p>De proveedores de la red y no pertenecientes a la red combinados: \$11,300</p>
<p>Consultas en el consultorio médico</p>	<p>En la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: usted no paga nada por la consulta</p> <p>Consulta con especialistas: \$25 de copago por consulta</p> <p>No perteneciente a la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: 30 % de coaseguro por consulta</p> <p>Consulta con especialistas: 30 % de coaseguro por consulta</p>	<p>En la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: usted no paga nada por la consulta</p> <p>Consulta con especialistas: \$25 de copago por consulta</p> <p>No perteneciente a la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: 30 % de coaseguro por consulta</p> <p>Consulta con especialistas: 30 % de coaseguro por consulta</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Estadías como paciente hospitalizado</p>	<p>En la red</p> <p>Usted paga un copago de \$200 diarios por 1 hasta 5 días de estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por 6 hasta 90 días de estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No perteneciente a la red:</p> <p>usted paga 30 % de coaseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>	<p>En la red</p> <p>Usted paga un copago de \$200 diarios por 1 hasta 5 días de estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por 6 hasta 90 días de estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No perteneciente a la red:</p> <p>usted paga 30 % de coaseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para conocer más detalles).</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– genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2– genérico \$10 • Medicamentos de Nivel 3– marca preferida \$40 • Medicamentos de Nivel 4– medicamentos no preferidos \$90 	<p>Deducible: \$0</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 \$10 • Medicamentos de Nivel 3– marca preferida \$40 • Medicamentos de Nivel 4– medicamentos no preferidos \$90

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5– nivel de especialidad 33 % del costo total <p>Costo compartido de pedidos por correo <i>(suministros de tres meses)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1– genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2– genérico \$20 • Medicamentos de Nivel 3– marca preferida \$80 • Medicamentos de Nivel 4– medicamentos no preferidos \$180 • Medicamentos de Nivel 5– nivel de especialidad Suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos de Nivel 5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5– nivel de especialidad 33 % del costo total <p>Costo compartido de pedidos por correo <i>(suministros de tres meses)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1– genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2– genérico \$20 • Medicamentos de Nivel 3– marca preferida \$80 • Medicamentos de Nivel 4– medicamentos no preferidos \$180 • Medicamentos de Nivel 5– nivel de especialidad Suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos de Nivel 5.

Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Seleccionadas, revise el listado de medicamentos más reciente que proveemos por medios electrónicos. Usted puede identificar a las Insulinas Seleccionadas marcadas con SI en caso de consultar nuestro listado de medicamentos. Si tiene preguntas sobre el listado de medicamentos, también puede llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono de Atención al Cliente figuran en el dorso de este documento).

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 del plan	\$301	\$301
(Usted también deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare)		No hay cambios en los beneficios del año próximo

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le requiere que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada «cobertura acreditable») durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos superiores, tal vez deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe «Ayuda Adicional» para los costos de sus medicamentos recetados. Por favor, consulte la Sección 5 sobre «Ayuda Adicional» de Medicare.

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

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga «de su bolsillo» durante el año. Estos límites se llaman «montos máximos 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 dentro de la red	\$7,550	\$7,550
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por 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 de proveedores de la red por el resto del año calendario.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo de costos de bolsillo	\$11,300	\$11,300
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y no pertenecientes a la red cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo combinados. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados a pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo por los servicios médicos.		Una vez que haya pagado \$11,300 de su bolsillo por 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 de proveedores de la red o no pertenecientes a la red por el resto del año calendario. No hay cambios en los beneficios del año próximo.

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<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 podrá requerir autorización previa para equipo y suministros. Se requiere autorización previa para todo equipo de alquiler.</p>
<p>Audífonos</p>	<p>De la red y no pertenecientes a la red: usted pagará un copago de \$399 por audífono por audífonos Advanced o un copago de \$699 por audífono por audífonos Premium. 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>De la red y no pertenecientes a la red: usted pagará un copago de \$399 por audífono por audífonos Advanced o un copago de \$699 por audífono por audífonos Premium. 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>Prótesis</p>	<p>Se requiere autorización previa para el equipo o los suministros que excedan los \$2,500.</p>	<p>Se podrá requerir autorización previa.</p>

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se podrá requerir autorización previa para: terapia electroconvulsiva, estimulación transmagnética.
Cuidados de la vista (lentes y anteojos sin cobertura de Medicare)	De la red y no pertenecientes a la red: nuestro plan paga hasta \$300 cada dos años por anteojos y lentes complementarios (minorista o en línea) de cualquier proveedor.	De la red y no pertenecientes a la red: nuestro plan paga hasta \$400 cada dos años por anteojos y lentes complementarios (minorista o en línea) de cualquier proveedor.

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 de medicamentos por medios electrónicos.

Hicimos cambios en nuestro listado de medicamentos, incluso en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise el listado de medicamentos 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 son nuevos 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 de año o durante el mismo, 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.

Hemos hecho cambios en nuestro listado de medicamentos con insulina que serán cubiertos
 Aprobación de la OMB 0938-1051 (vencimiento: 29 de febrero de 2024)

como Insulinas Seleccionadas con un costo compartido inferior. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Seleccionadas, revise el listado de medicamentos más reciente que proveemos por medios electrónicos. Usted puede identificar a las Insulinas Seleccionadas marcadas con SI en caso de consultar nuestro listado de medicamentos. Si tiene preguntas sobre el listado de medicamentos, también puede llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono de Atención al Cliente figuran en el dorso de este documento).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos («Ayuda Adicional»), **la información referida a los costos por medicamentos recetados de la Parte D puede que no se aplique a usted.** Hemos incluido un prospecto aparte, llamado «Anexo de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados» (también llamado «Anexo de Subsidio por bajos ingresos» o «Anexo de LIS»), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe «Ayuda Adicional» y no recibió este prospecto con este paquete, por favor llame a Atención al Cliente y pida el «Anexo de LIS».

Hay cuatro «etapas de pago de medicamentos». La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la etapa de 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.

Cómo obtener ayuda de Medicare – Si usted eligió este plan porque buscaba cobertura para la insulina a \$35 o menos por mes, es importante que sepa que tal vez tiene otras opciones disponibles para el 2023 con costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que le ayuden a comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales para recibir ayuda – Por favor llame a Atención al Cliente al 1-877-293-5325. (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. Podrá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	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)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>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.</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.</p> <p>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>Su costo para el suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – genéricos genéricos preferidos: usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 – genéricos: Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 – marca preferida: usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 – medicamento no preferido: usted paga \$90 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 – nivel de especialidad: usted paga 33 % del costo total por medicamento recetado.</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>Su costo para el suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 – preferidos: usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 – Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 – marca preferida: usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 – medicamento no preferido: Usted paga \$90 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 – nivel de especialidad: usted paga 33 % del costo total por medicamento recetado.</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 Premier (PPO)

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 Premier (PPO).

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. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, por favor consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

4.

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

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, 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

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>).

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.** Las personas con ingresos limitados podrán calificar para recibir «Ayuda Adicional» a fin de pagar sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podrá pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coaseguros. Además, quienes califican no tienen período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Para averiguar si usted 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 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 (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 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.º piso
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 brindarle ayuda. Por favor, llame a Atención al Cliente al 1-877-293-5325. (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. Podrá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.

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 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 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 usted 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.