

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) ofrecido por Johns Hopkins Advantage MD

Aviso anual de cambios para 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte en la página 4 el Resumen de los costos importantes, incluyendo la prima.**

Este documento informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios, o reglas revise la *Evidencia de cobertura* que puede encontrar 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*.

- **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.
 - Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y costos.
 - Piense cuanto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- 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. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- 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 2023, permanecerá en el plan Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de Octubre y el 7 de Diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de Enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en el plan Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

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 son del 1 de Octubre al 31 de Marzo: de lunes a domingo, 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. Esta llamada es gratuita.
- 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 de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (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 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_PPO004ANOC0923_M

Aviso anual de cambios para 2024 **Índice**

Resumen de los costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	9
Sección 1.2 – Cambios en sus montos máximos de costos de bolsillo.....	9
Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores y farmacias.....	10
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	11
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan escoger	16
Sección 2.1 – Si desea permancecer en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)	16
Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes.....	16
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiarse de planes	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	17
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	19
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).....	19
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19

Resumen de los costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (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>	\$301	\$291
<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 \$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>	<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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estadías como paciente hospitalizado</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>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:</p> <p>Usted paga un coaseguro del 30 % por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>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:</p> <p>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 (Consulte la sección 1.5 para conocer los 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 	<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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: Marca preferida \$40 Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: Marca preferida \$40 Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$90 • Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad 33 % del costo total Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$90 Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad 33 % del costo total Usted paga un copago de \$35 en una farmacia de la red por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo total de sus medicamentos cubiertos. • Para cada medicamento recetado, usted paga el que sea más alto: un pago igual al 5 % del costo del medicamento (esto se llama coaseguro), o un copago (\$4,15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como un genérico, y \$10,35 para todos los demás medicamentos). 	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. • Puede tener costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<p>Costo compartido de encargo por correo <i>(suministro para tres meses)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Genérico \$20 	<p>Costo compartido de encargo por correo <i>(suministro para tres meses)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Genérico preferido \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Genérico \$20

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: Marca preferida \$80 <p>Usted paga un copago de \$70 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: Marca preferida \$80 <p>Usted paga un copago de \$70 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$180 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: Medicamento no preferido \$180 <p>Usted paga un copago de \$70 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Medicamentos de Nivel 5: Nivel de especialidad El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la parte B de Medicare).	\$301	\$291

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de por vida 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 máximos de costos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga “de su bolsillo” al año. Estos límites se llaman montos máximos 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red 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.	\$7,550	\$7,550 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<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> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. Además, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para información actualizada del proveedor o farmacia o para pedir que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2024* para ver qué farmacias 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), y farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para poder ayudarlo.

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

El próximo año cambiaremos los costos y los beneficios para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Agencias para el cuidado de la salud en el hogar	Se requiere autorización previa luego de recibir 12 consultas.	Es posible que necesite una autorización previa.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red</u> Coaseguro del 20 % por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga un coaseguro del 20 % por la insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga un coaseguro del 20 % por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Coaseguro del 0 % al 20 % por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga el menor del 20 % del costo total o \$35 por insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga un coaseguro del 0 % al 20 % por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
Servicios de terapia ocupacional	<p>Se requiere autorización previa después de 12 consultas.</p> <p>Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.</p>	<p>Es posible que necesite una autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de fisioterapia y terapia del habla	<p>Se requiere autorización previa luego de recibir 12 consultas.</p> <p>Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.</p>	<p>Es posible que necesite una autorización previa para servicios de patología de fisioterapia y terapia del habla. Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.</p>

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

Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

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

Hicimos cambios en nuestra "Lista de medicamentos", los que pueden incluir quitar o agregar medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a otro nivel de costos compartidos. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se cambió a otro nivel de costos compartidos.**

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. Por ejemplo, podemos retirar de inmediato los medicamentos no considerados seguros por la FDA o retirados del mercado por el fabricante del producto. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para encontrar otras opciones, tales como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar con un nuevo medicamento. También puede contactar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

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 folleto separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados” (también llamada Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos o la Cláusula adicional LIS), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este folleto 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 siguiente información muestra los cambios 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).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (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

Etapa	2023 (este año)	2024 (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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</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 \$0 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 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</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>Nivel 4 – Medicamento no preferido: Usted paga \$90 por medicamento recetado.</p>	<p>Nivel 4 – Medicamento no preferido: Usted paga \$90 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<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 5 – Nivel de especialidad: 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 \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de transición de cobertura).</p>	<p>Nivel 5 – Nivel de especialidad: Usted paga el 33 % del costo total por medicamento recetado. Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, 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 ni la Etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos. Puede tener costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica 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 hacer 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 de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- 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, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- O bien, contactarse 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 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 2024.

¿Hay otras épocas del año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid 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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de Enero de 2024 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 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. 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 plan de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

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 independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Maryland, el SHIP se llama Senior Health Insurance Program (Programa de Seguro Médico para Personas Mayores).

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 Programa de Seguro Médico para Personas Mayores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder a sus preguntas sobre cambios de planes. Usted puede llamar al Programa de Seguro Médico para Personas Mayores al 410-767-1100 o al 1-800-243-3425. Puede obtener más información sobre el Programa de Seguro Médico 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. 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 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas al día. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778; o bien,
 - 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 de Maryland (Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program) 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.

- **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, incluidos 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 infraasegurado. 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:
 - Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Maryland (ADAP)
Administración de prevención y promoción de la salud
500 N. Calvert St, 5th Floor
Baltimore, MD 21202

410-767-6535 o al 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 ayudarlo. Llame a Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325. (TTY únicamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas desde el 1 de Octubre al 31 de Marzo: de lunes a domingo, 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. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (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 2024. Para conocer los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para el año 2024* 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad Star Ratings para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su zona. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Todos los otoños, a las personas con Medicare se les envía este documento 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 documento, puede obtenerla 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.