

Advantage MD

RESUMEN DE BENEFICIOS

Planes de salud Advantage MD de 2024

JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD D-SNP (HMO-DSNP)

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos o visite en el sitio web la sección Evidencia de cobertura.

Usted tiene opciones en cuanto a cómo recibir sus beneficios de Medicare

Por ejemplo, puede obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con una tarifa por cada servicio). Original Medicare es operado directamente por el gobierno Federal. Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a un plan de salud de Medicare (tal como Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare:

Este cuadernillo Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) y lo que usted paga. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes sus cuadernillos Resumen de beneficios. O utilice el buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov. Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual Medicare y Usted. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia 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.

Secciones en este cuadernillo

- Lo que debe saber sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
- Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Este material también está disponible en otros formatos (por ejemplo, Braille, letra grande, audio). Si desea obtener información adicional, llámenos al 1-877-293-4998 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

Horarios de atención

Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

Números de teléfono y sitio web

Si usted es miembro de este plan, llame gratis al 1-877-293-4998 (TTY: 711).

Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-888-403-7662 (TTY: 711).

Nuestro sitio web: www.hopkinsmedicare.com

¿Quién puede unirse?

Para unirse a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en el área de atención del plan. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Maryland:

condado de Anne Arundel, condado de Baltimore, condado de Carroll, condado de Frederick, condado de Howard, condado de Montgomery, condado de Somerset, condado de Washington, condado de Wicomico y condado de Worcester.

Este plan es un Plan para Necesidades Especiales Doble (dual eligible special needs plan, D-SNP) para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid y no pagan nada por los servicios médicos cubiertos. La cantidad que cubre Medicaid depende de sus ingresos, recursos y otros factores.

Algunas personas obtienen todos los beneficios de Medicaid.

Su elegibilidad para inscribirse en este plan depende de su tipo de Medicaid.

Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid, su costo compartido también puede aumentar o disminuir. Debe recertificar su inscripción en Medicaid para continuar recibiendo su cobertura de Medicare.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red, puede que el plan no pague por estos servicios. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.hopkinsmedicare.com). O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
Prima mensual del plan (prima de la Parte C y la Parte D combinada)	<p>\$0 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p> <p>Sus costos pueden ser tan bajos como \$0 dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Deducibles, incluyendo el nivel de plan y nivel de categoría deducible	<p>\$0 por año.</p> <p>\$0 por año para medicamentos recetados de la Parte D.</p>
Responsabilidad máxima de costos de bolsillo (sin incluir los medicamentos recetados)	<p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p>\$8,850 por servicios que recibió de proveedores dentro de la red.</p> <p>En este plan, es posible que no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad (Medicaid).</p>
Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).	<p>Nuestro plan cubre 90 días por cada servicio de hospitalización cubierto por Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p>Usted no paga nada por una estadía en el hospital cubierta por Medicare hasta por 90 días.</p>
Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).	<p>Usted no paga nada</p>

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
<p>Servicios del centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa (aprobación por adelantado). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Consultas médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de Atención Primaria • Especialistas 	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p>
<p>Atención preventiva (por ejemplo, vacuna para la gripe, controles de diabetes)</p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre varios servicios preventivos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección de aneurisma aórtica abdominal Examen físico anual de rutina Consulta anual de bienestar Enemas de bario Examen de densitometría ósea (densidad ósea) Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Evaluaciones cardiovasculares Detección de cáncer cervical y vaginal Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, FOBT y kit FIT) Detección de depresión Detección de diabetes Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes Exámenes digitales del recto Electrocardiograma luego de una Visita inicial Programas de educación sobre salud y bienestar Detección de VIH Inmunizaciones Servicios de terapia médica nutricional Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Detección de cáncer de próstata Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
<p>Atención preventiva (por ejemplo, vacuna para la gripe, controles de diabetes) (continuación)</p>	<p>Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Evaluación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenirlas Dejar de fumar y consumir productos derivados del tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Cuidado de la vista Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Servicios necesarios con urgencia</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Servicios de laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): Usted no paga nada</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (<i>por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC</i>): Usted no paga nada</p> <p>Radiografías de diagnóstico (<i>tal como mamografía y ecografía</i>): Usted no paga nada</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (<i>tal como IRM, TC</i>): Usted no paga nada</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos (<i>tal como tratamiento de radiación para el cáncer</i>): Usted no paga nada</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Audífonos 	<p>Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Usted no paga nada</p> <p>Examen de audición de rutina: Usted no paga nada</p> <p>Audífonos: El plan paga un beneficio máximo de \$1,500 para la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos después del monto máximo de beneficio de \$1,500 para los audífonos de la marca TruHearing.</p>

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
<p>Servicios odontológicos (Los servicios completos no cubiertos por Medicare pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted no paga nada</p> <p>Servicios odontológicos preventivos: Limpieza (2 limpiezas al año): Usted no paga nada</p> <p>Radiografías odontológicas (<i>La frecuencia depende del tipo de radiografía</i>): Usted no paga nada</p> <p>Exámenes odontológicos (<i>La frecuencia depende del tipo de examen odontológico</i>): Usted no paga nada</p> <p>Servicios odontológicos integrales: (<i>La frecuencia depende del procedimiento</i>). Servicios de restauración (<i>como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.</i>): Usted no paga nada</p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$2,500 por año para servicios odontológicos integrales dentro de la red no cubiertos por Medicare.</p> <p>Endodoncia (<i>como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.</i>): Usted no paga nada</p> <p>Periodoncia (<i>como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.</i>): Usted no paga nada</p> <p>Extracciones (<i>como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.</i>): Usted no paga nada</p> <p>Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/cirugía maxilofacial/otros servicios (<i>como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción de exostosis, anestesia, etc.</i>): Usted no paga nada</p>

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
<p>Servicios oftalmológicos</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (<i>incluida la detección anual de glaucoma y enfermedad de ojo diabético</i>): Usted no paga nada</p> <p>Examen ocular de rutina (<i>1 por año</i>): Usted no paga nada</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p> <p>Anteojos de rutina: Nuestro plan paga hasta \$400 cada año por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>
<p>Servicios de salud mental (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Visita como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Usted no paga nada por día durante los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada por día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios: Visita de terapia individual o grupal: Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias: Visita de terapia individual o grupal: Usted no paga nada</p>
<p>Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted no paga nada</p>

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
<p>Fisioterapia (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Ambulancia (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p>El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.</p> <p>En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>
<p>Transporte</p>	<p>No paga nada por hasta 24 viajes de ida que no sean de emergencia dentro del área de servicio del plan a cualquier ubicación relacionada con la salud. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para concertar un viaje. Los arreglos deben hacerse con al menos 48 horas de anticipación.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a autorización previa y requisitos de terapia escalonada.</p>	<p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación: Usted no paga nada</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Usted no paga nada</p> <p>Otros medicamentos de insulina de la Parte B: Usted no paga nada</p>

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	
Deducible	\$0
Cobertura inicial	<p>Dependiendo de sus ingresos y estado institucional, paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % o <p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0.00/\$1.55/\$4.50* <p>Por todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0.00/\$4.60/\$11.20* <p>Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p>
Brecha de cobertura	<p>La mayoría de los planes de Medicare para medicamentos tienen una brecha de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza a partir del momento en que el costo total anual de sus medicamentos (<i>incluyendo tanto lo que el plan ha pagado como lo que usted ha pagado</i>) alcanza los \$5,030. Después de ingresar a la brecha de cobertura, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen el monto de \$8,000, que es el final de la brecha de cobertura. *El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p>
Cobertura catastrófica	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (<i>incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y por correo postal</i>) alcancen el monto de \$8,000, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios adicionales cubiertos

Beneficios y cobertura	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
<p>Acupuntura</p>	<p>Acupuntura cubierta por Medicare: Usted no paga nada</p> <p>Acupuntura no cubierta por Medicare: Sin cobertura</p>
<p>Atención quiropráctica (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>	<p>Cuidados quiroprácticos cubiertos por Medicare: Usted no paga nada</p> <p>Cuidados quiroprácticos no cubiertos por Medicare (12 consultas quiroprácticas de rutina por año): Usted no paga nada</p>
<p>Acondicionamiento físico (Programa Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise)</p>	<p>Usted no paga nada en los gimnasios participantes.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>El plan cubre hasta \$200 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.</p>
<p>Servicios de podología</p>	<p>Cuidados quiroprácticos cubiertos por Medicare: Usted no paga nada</p> <p>Cuidados quiroprácticos sin cobertura de Medicare (12 consultas de podología de rutina por año): Usted no paga nada</p>
<p>Comidas posteriores al alta</p>	<p>Usted no paga nada por las comidas posteriores al alta. Después de su hospitalización (ya sea en un hospital o en un centro de enfermería especializada), usted es elegible para recibir tres (3) comidas al día durante cinco (5) días.</p> <p>Nuestro equipo de administración de la atención trabajará con los miembros elegibles para coordinar la entrega de las comidas proporcionadas por nuestro proveedor. El programa de comidas se limita a cuatro veces por año calendario.</p>

Resumen de los servicios cubiertos por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

Sus servicios los paga primero Medicare y luego Medicaid. Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, entonces Medicaid puede brindar cobertura. Esto depende de su tipo de cobertura de Medicaid. La cobertura de los beneficios que se describen a continuación depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Esta lista de beneficios no es una lista completa. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al Departamento de Salud de Maryland al 1-877-463-3464.

Beneficios	Medicaid	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
Servicios de ambulancia	Solo emergencias	Cubierto
Centro de cirugía ambulatoria	Cubierto	Cubierto
Servicios odontológicos	Cubierto con límite	Cubierto
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Cubierto	Cubierto
Consultas médicas	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud en el hogar	Cubierto	Cubierto
Servicios de hospicio	Cubierto	Cubierto
Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental	Cubierto	Cubierto
Cobertura hospitalaria ambulatoria	Cubierto	Cubierto
Servicios de podología (cuidado de los pies)	Cubierto con límite	Cubierto
Medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Cubierto	Cubierto
Transporte	Cubierto con límite	Cubierto
Servicios oftalmológicos	Cubierto	Cubierto
Programa de salud y bienestar	Sin cobertura	Cubierto
Comidas posteriores al alta	Sin cobertura	Cubierto

Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece asistencia y servicios de manera gratuita a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como: intérpretes calificados de lenguaje de señas, información por escrito en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-293- 5325 (TTY: 711).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo ante: Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator at 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: compliance@jhhp.org.

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Texto en varios idiomas

Servicios de intérpretes en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-293-5325 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-293-5325 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1- 877-293-5325 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin

gọi 1-877-293-5325 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-293-5325 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-293-5325 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर फोन करें . कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-293-5325 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis

rele nou nan 1-877-293-5325 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-293-5325 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-293-5325 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Y0124_MAMultiLanguageInsert0223_C

Johns Hopkins Advantage MD es un Medicare Advantage Plan con un contrato de Medicare que ofrece productos HMO y PPO. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD depende de la renovación del contrato.



JOHNS HOPKINS
HEALTH PLANS

7231 Parkway Dr. Suite 100
Hanover, MD 21076
HopkinsMedicare.com

Para obtener información actualizada sobre los proveedores del plan, visite nuestro sitio web en HopkinsMedicare.com o llame a Servicios para Miembros de Advantage MD al:

1-888-403-7662 (TTY: 711)

¿AÚN NO ES MIEMBRO? ¿PREGUNTAS?

Llámenos al: 1-888-403-7662 (TTY: 711),
de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid del estado de Maryland. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación alguna de tratar a los miembros de Johns Hopkins Advantage MD, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para ver más información, incluida la parte del costo que le correspondería por los servicios fuera de la red.