

Advantage MD

RESUMEN DE BENEFICIOS

Planes de salud Advantage MD de 2024

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

Sección I: Introducción del 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 Select (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 Select (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 Select (HMO).
- Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, audio y letra grande. Si desea obtener información adicional, llámenos al 1-800-970-0499 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Johns Hopkins Advantage MD Select (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.

Números de teléfono y sitio web de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO):

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 1-800-970-0499 (TTY: 711)

Nuestro sitio web:

<https://www.hopkinsmedicare.com/members/plan-benefits/>

¿Quién puede unirse?

Para unirse a Johns Hopkins Advantage MD Select (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. Además, debe cumplir con los criterios de jubilación de la empresa o ser cónyuge o dependiente de un jubilado elegible.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Virginia: condado de Arlington, condado de Fairfax y ciudad de Falls Church.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web

(<https://www.hopkinsmedicare.com/members/pla-benefits/>). O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan que lo que

pagaría en Original Medicare. Para otros, puede pagar menos. Los miembros de nuestro plan además obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Nuestros planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia/radiación y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, <https://www.hopkinsmedicare.com/members/pla-benefits/>. O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento analizamos las etapas de beneficios que se presentan: Cobertura inicial, Brecha de cobertura y Cobertura catastrófica.

Sección II: Resumen de beneficios

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
Prima mensual del plan (incluyendo la prima de la Parte C y la Parte D, combinadas).	\$0 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducibles, incluyendo el nivel de plan y nivel de categoría deducible	Este plan no tiene deducibles médicos.
Responsabilidad máxima de costos de bolsillo (sin incluir los medicamentos recetados)	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p>\$7,500 por servicios que recibió de proveedores dentro de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de los costos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios de cualquier proveedor.</p>
Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para 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 paga un copago de \$350 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>
Cobertura hospitalaria ambulatoria (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Copago de \$325

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<p>Servicios del centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$245</p>
<p>Consultas médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de Atención Primaria • Especialistas 	<p>Usted no paga nada</p> <p>Copago de \$40</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

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<p>Atención preventiva (por ejemplo, vacuna para la gripe, controles de diabetes) (continuación)</p>	<p>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 Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS 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>Copago de \$100 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. <u>La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.</u></p>
<p>Servicios necesarios con urgencia</p>	<p>Copago de \$55 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. <u>Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.</u></p>
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para 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 (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC): 20 % del costo total</p> <p>Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía y ecografía): Copago de \$20</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC): Copago de \$250</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos (tal como tratamiento de radiación para el cáncer): 20 % del costo total</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<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 (un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing)</p> <p>Audífonos: Usted paga un copago de \$399 por audífono para audífonos Advanced o un copago de \$699 por audífono para audífonos Premium por hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos TruHearing Advanced y Premium.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal y limpieza <p>(Los servicios odontológicos integrales 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:</p> <p>Limpiezas (2 limpiezas al año): Usted no paga nada</p> <p>Tratamientos con flúor (2 tratamientos con flúor 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 de restauración (<i>como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc. La frecuencia depende del procedimiento</i>): Usted no paga nada</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p>	<p>Endodoncia <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.</i> La frecuencia depende del procedimiento): Usted no paga nada</p> <p>Periodoncia <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc. La frecuencia depende del procedimiento):</i> Usted no paga nada</p> <p>Extracciones <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc. La frecuencia depende del procedimiento):</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. La frecuencia depende del procedimiento):</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. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p>
<p>Servicios oftalmológicos</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de \$50</p> <p>Detección anual de glaucoma: Usted no paga nada</p> <p>Examen ocular de rutina (1 por año): 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>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<p>Servicios de salud mental (Las visitas como paciente hospitalizado pueden requerir autorización previa y/o remisión. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para 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 paga un copago de \$350 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: Copago de \$20</p> <p>Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias: Visita de terapia individual o grupal: Copago de \$20</p>
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>No paga nada por día durante los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$203 por día para los días 21 a 100.</p>
<p>Fisioterapia (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$30</p>
<p>Ambulancia (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).</p>	<p>Copago de \$300 (terrestre)</p> <p>Copago de \$300 (aérea)</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>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<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. Cada viaje de ida no debe exceder las 30 millas. 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 servicios 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>Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>	<p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia/radiación: Coaseguro del 0 % a 20 %</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Coaseguro del 0 % a 20 %</p> <p>Para medicamentos de la Parte B tales como insulina: El miembro paga el monto menor de un coaseguro del 20 % o un copago de \$35 para la insulina de la Parte B.</p>
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (medicamentos de la Parte D de Medicare)</p>	
<p>Deducible</p>	<p>\$0</p>
<p>Cobertura inicial</p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales en medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo. El costo compartido puede variar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico para la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar al por menor (<i>el costo compartido de la insulina aparece abajo</i>) 	<p>Nivel 1 (genérico preferido) Copago de \$0 para un suministro de un mes Copago de \$0 para un suministro de dos meses Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) Copago de \$10 para un suministro de un mes Copago de \$15 para un suministro de dos meses Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar al por menor (continuación) 	<p>Nivel 3 (marca preferida) Copago de \$47 para un suministro de un mes Copago de \$94 para un suministro de dos meses Copago de \$141 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) Copago de \$100 para un suministro de un mes Copago de \$200 para un suministro de dos meses Copago de \$300 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar de pedido por correo (<i>El costo compartido de la insulina aparece abajo</i>) 	<p>Nivel 1 (genérico preferido) Copago de \$0 para un suministro de un mes Copago de \$0 para un suministro de dos meses Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) Copago de \$10 para un suministro de un mes Copago de \$15 para un suministro de dos meses Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) Copago de \$47 para un suministro de un mes Copago de \$70.50 para un suministro de dos meses Copago de \$94 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) Copago de \$100 para un suministro de un mes Copago de \$150 para un suministro de dos meses Copago de \$200 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 33 % del costo total de un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido al por menor para insulina 	<p>Nivel 1 (genérico preferido) Copago de \$0 para un suministro de un mes Copago de \$0 para un suministro de dos meses Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) Copago de \$10 para un suministro de un mes Copago de \$15 para un suministro de dos meses Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) Copago de \$35 para un suministro de un mes Copago de \$70 para un suministro de dos meses Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido al por menor para insulina (continuación) 	<p>Nivel 4 (medicamento no preferido) Copago de \$35 para un suministro de un mes Copago de \$70 para un suministro de dos meses Copago de \$105 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido de pedido por correo para insulina 	<p>Nivel 1 (genérico preferido) Copago de \$0 para un suministro de un mes Copago de \$0 para un suministro de dos meses Copago de \$0 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) Copago de \$10 para un suministro de un mes Copago de \$15 para un suministro de dos meses Copago de \$20 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) Copago de \$35 para un suministro de un mes Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) Copago de \$35 para un suministro de un mes Copago de \$52.50 para un suministro de dos meses Copago de \$70 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) Copago de \$35 para un suministro de un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
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.</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> <p>Para los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado, usted paga el copago del Nivel 2. Los medicamentos excluidos cubiertos incluyen vitaminas recetadas seleccionadas, medicamentos para la tos y el resfriado, y medicamentos para la disfunción eréctil. Estos medicamentos y sus límites de cantidad se enumeran en el cuadernillo Lista de medicamentos en la sección titulada "Cobertura de medicamentos adicionales".</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
Beneficios médicos y hospitalarios adicionales cubiertos	
Acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare: Coaseguro del 20 % Acupuntura no cubierta por Medicare: Sin cobertura
Atención quiropráctica (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación <i>(cuando uno o más de los huesos de su columna vertebral se desplazan fuera de lugar):</i> Copago de \$15 Cuidados quiroprácticos no cubiertos por Medicare Sin cobertura
Programa Silver&Fit® para ejercicios y envejecimiento saludable	Usted no paga nada en los gimnasios participantes.
Atención médica en el hogar (Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Usted no paga nada
Productos de venta libre	Usted no paga nada Monto máximo de cobertura del plan de \$150 cada 3 meses para artículos de venta libre. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.

Beneficios y cobertura	Advantage MD Select (HMO)
<p>Servicios de rehabilitación (Las visitas de terapia ocupacional 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 de rehabilitación cardíaca (corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta 36 sesiones hasta 36 semanas): Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia ocupacional: Copago de \$30</p> <p>Visitas de fisioterapia/terapia del habla: Copago de \$30</p>
<p>Diálisis renal</p>	<p>Coaseguro del 20 %</p>
<p>Atención de hospicio</p>	<p>Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del coaseguro por medicamentos y atención de relevo. Se cubre el hospicio fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.</p>
<p>Comidas posteriores al alta</p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Todas las comidas son provistas por Johns Hopkins Advantage MD. Después de su hospitalización (ya sea en un hospital o en un centro de enfermería especializada), usted es elegible para recibir hasta catorce (14) comidas al día durante 7 días. Se limita a 4 veces por año calendario.</p>
<p>Telesalud</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Beneficio de visitante/viajero</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Atención de emergencia en todo el mundo</p>	<p>Copago de \$100 por servicios de cuidado de emergencia</p> <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>

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