

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

Aviso anual de cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte en la página 5 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.**

En este documento se explican los cambios en 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 a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios lo afectan a usted

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” para 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma aún tienen cobertura.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si está contento 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 2025*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.

- 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 2024, continuará en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- 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 2025**. Esto finalizará su inscripción en el plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3, página 15 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente o ahora vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Para recibir información adicional, llame a nuestro número de Servicios al Miembro al 1-877-293-4998. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1 de Octubre al 31 de Marzo: de 8:00 am a 8:00 pm, de Lunes a Domingo. Del 1 de Abril al 30 de Septiembre: de 8:00 am a 8:00 pm, de Lunes a Viernes. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en otros formatos (por ejemplo, braille, letra grande, audio).
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

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

- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)	14
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de planes	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	19
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	20
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)	20
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	22

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para más detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio médico	Consultas de atención primaria: \$0 por visita Consultas a especialistas: \$0 por visita	Consultas de atención primaria: \$0 por visita Consultas a especialistas: \$0 por visita
Estadías como paciente hospitalizado	Usted paga \$0 por una estadía como paciente hospitalizado, cubierta por Medicare hasta por 90 días.	Usted paga \$0 por una estadía como paciente hospitalizado, cubierta por Medicare hasta por 90 días.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para conocer los detalles).	Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<p>Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del formulario Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$1.55 o \$4.50* <p>Por todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$4.60 o \$11.20* <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> <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. Usted no paga nada. 	<p>Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del formulario Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$1.60 o \$4.90* <p>Por todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$4.80 o \$12.15* <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
<p>Monto máximo de costos de bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo correspondiente al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo correspondiente al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que se la pague Medicaid).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de su bolsillo por año. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo. Una vez que usted llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de costos de bolsillo</p> <p>Puesto que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo correspondiente al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo.</p>	<p>\$8,850</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de proveedores o farmacias o para solicitar el envío por correo del directorio, que se enviará en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2025* (www.hopkinsmedicare.com) para verificar 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 2025* (www.hopkinsmedicare.com) para ver qué farmacias están dentro de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de nuestro plan a lo largo del año. Si un cambio de

mediados de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios al Miembro para que podamos ayudarle.

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* solo le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Beneficio de comidas	Se requiere autorización previa para el beneficio de comidas.	No se requiere autorización previa para el beneficio de comidas.
Artículos de venta libre	Naloxona <u>no</u> tiene cobertura. Monto máximo de cobertura del plan de \$200 cada 3 meses para artículos de venta libre.	Naloxona tiene cobertura. Monto máximo de cobertura del plan de \$100 cada 3 meses para artículos de venta libre.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica</p>	<p>El beneficio complementario <u>no</u> tiene cobertura.</p>	<p>Tarjeta Flex</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables (beneficio de \$45 por mes) • Servicios públicos (beneficio de \$45 por mes) <p>El monto del beneficio mensual estará disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. Los montos no utilizados del beneficio no se trasladarán al mes siguiente. La Tarjeta Flex es administrada por NationsBenefit. La elegibilidad para alimentos saludables y servicios públicos se determinará después de que un miembro se inscriba en el plan. Los miembros deben tener al menos una de las enfermedades crónicas seleccionadas por el plan para calificar.</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 denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año**

y para saber si habrá restricciones o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

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 probar con un nuevo medicamento. También puede contactar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que, si usted está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que no obtenga un suministro de un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Miembro o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su parte del costo de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no le corresponda. **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 no le corresponde.** Hemos incluido un encarte aparte, llamado *Cláusula de evidencia de cobertura*

para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar medicamentos recetados (también llamado Cláusula de subsidio por bajos ingresos o la Cláusula LIS), que le brinda información sobre el costo de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este folleto con este paquete, llame a Servicios al Miembro y solicite la Cláusula adicional LIS.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de transición de cobertura y el Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el 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	2024 (este año)	2025 (el 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>Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre sus costos de un suministro a largo plazo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del formulario</p> <p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$1.55 o \$4.50* <p>Por todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$4.60 o \$11.20* <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del formulario</p> <p>Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$1.60 o \$4.90* <p>Por todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0, \$4.80 o \$12.15* <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte la sección 6 del capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	No aplica	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (Enero – Diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-877-293-4998 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

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 D-SNP (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2). 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: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea. Póngase en contacto con Servicios al Miembro 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.

Si usted se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 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 vigor el 1 de Enero de 2025.

¿Hay otras épocas del año en las que se pueden hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, los que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, los que tienen o abandonan la cobertura de su empleador y los que se mudan fuera de la zona de servicio.

Debido a que tiene el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare,
- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- De ser elegible, un D-SNP integrado que provea los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no está conforme con el plan que eligió, también se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o bien puede cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o ahora vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado o sin él) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

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 Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos 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. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos al 1-800-243-3425. Puede obtener más información sobre el

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos visitando su sitio web (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) al 1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231 (TTY: 711) de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 5:00 pm. Para obtener información sobre el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (Medicaid) como miembro con doble elegibilidad, comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales del Estado en:

DSS del Condado de Anne Arundel

80 West Street
Annapolis, Maryland 21401

(Edificio del Tribunal de Distrito)
7500 Ritchie Highway
Glen Burnie, MD 21061
Teléfono: 410-269-4500
Fax: 410-974-8566
Correo electrónico: aacounty.dhs@maryland.gov

DSS del Condado de Baltimore

6401 York Road
Baltimore, Maryland 21212
Teléfono: 410-853-3000
Horario de atención: de Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:30 pm

DSS del Condado de Carroll

1232 Tech Court
Westminster, Maryland 21157
Teléfono: 410-386-3300
Fax: 410-386-3429
Correo electrónico: dcarrolldept_dhr@maryland.gov
Horario de atención: de Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:30 pm

DSS del Condado de Frederick

Dirección de correo:
P.O. Box 237,
Frederick, Maryland 21705

Ubicación:
1888 North Market Street
Frederick, Maryland 21701
Teléfono: 301-600-4555
Fax: 301-600-4550
Correo electrónico: FCDSS.info@maryland.gov
Horario de atención: de Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:30 pm

DSS del Condado de Howard

9780 Patuxent Woods Drive

Columbia, Maryland 21046

Teléfono: 410-872-8700

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

Horario de atención: de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 4:30 pm

1.º y 3.º jueves de cada mes, de 8:00 am hasta las 7:00 pm

DSS del Condado de Montgomery

Oficina principal (no servicio público)

401 Hungerford Drive, 5th Floor

Rockville, Maryland 20850

Centro Silver Spring del DHHS

8818 Georgia Ave.

Silver Spring, MD 20910

Oficinas del DHHS

1401 Rockville Pike

Rockville, MD 20852

Edificio del DHHS del centro del Condado

1301 Piccard Drive

Rockville, MD 20850

Centro de servicios regionales del norte del Condado

2nd Floor, 12900 Middlebrook Rd.

Germantown, MD 20874

Teléfono: 240-777-4513

Fax: 240-777-1494

TTY: Use el servicio de retransmisión MD 711

DSS del Condado de Somerset

30397 Mt. Vernon Road

Princess Anne, Maryland 21853

Teléfono: 410-677-4200

Fax: 410-677-4300

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

Horario de atención: de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 5:00 pm

DSS del Condado de Washington

122 North Potomac Street

Hagerstown, Maryland 21740

Teléfono: 240-420-2100

Fax: 240-420-2125

DSS del Condado de Wicomico

201 Baptist Street, Suite 27
Salisbury, Maryland 21801
Teléfono: 410-713-3900
Fax: 410-713-3910
Correo electrónico: wicodss.county@maryland.gov
Horario de atención: de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 5:00 pm

DSS del Condado de Worcester

299 Commerce Street
Snow Hill, Maryland 21863

P.O. Box 39
Snow Hill, Maryland 21863
Correo electrónico: worcester.dss@maryland.gov
Teléfono: 410-677-6800
Fax: 410-677-6810
Horario de atención: de 8:00 am a 4:30 pm

Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar 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.** Dado que tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa “Ayuda Adicional”, también conocido como Subsidio por ingresos bajos. La “Ayuda Adicional” paga una parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Como usted cumple los requisitos, no se le aplicará una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, 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 am y las 7 pm, de Lunes a Viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda de su programa estatal de ayuda farmacéutica.** Maryland tiene un programa llamado Programa de 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 de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de su residencia en el estado y de su condición respecto del VIH y constancias de bajos ingresos según lo definido por el estado, y de que no tienen seguro o tienen un seguro limitado. Los medicamentos recetados 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 de Medicamentos para el SIDA de Maryland (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Maryland al 1-410-767-6535 o al 1-800-205-6308. Al llamar, asegúrese de informarles su número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que le ayudará a administrar sus costos de bolsillo en medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de Enero a Diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-877-293-4998 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios al Miembro al 1-877-293-4998. (TTY únicamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas del 1 de Octubre al 31 de Marzo: de 8:00 am a 8:00 pm, de Lunes a Domingo. Del 1 de Abril al 30 de Septiembre: de 8:00 am a 8:00 pm, de Lunes a Viernes. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2025. Para conocer los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que 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 a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com. Le recordamos que en nuestro sitio web podrá encontrar la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – 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 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, se les envía por correo este documento a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted 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.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

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