

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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.hopkinsmedicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

Más recursos

- Según la norma definitiva CMS-4205-F emitida el 4 de abril de 2024, §§ 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas auxiliares que, como mínimo, indique que nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas auxiliares apropiados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos en los 15 idiomas más comúnmente utilizados por las personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que requieran servicios y ayudas auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en otros formatos (por ejemplo, tamaño de letra grande y audio).

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

- Johns Hopkins Advantage MD es un plan HMO SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Y0124_HMO003ANOC0825_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	11
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	15
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	16
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	16
SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	18
Reciba ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)	18
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
Cómo recibir ayuda de Medicare	20
Cómo recibir ayuda de Medicaid	20

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$8,850 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,250 Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas de atención primaria en el consultorio	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Consultas en el consultorio de un especialista	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones Incluye los servicios agudos, de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en la que usted formalmente ingresa al hospital por orden de un médico. El día previo a que se le dé de alta es su último día como paciente internado.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para conocer los detalles).	Deducible: \$0	Deducible: \$0

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles, incluyendo el deducible anual, las Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos cubiertos: 25% Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del Formulario Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga: • \$0, \$1.60, o \$4.90* Por todos los demás medicamentos, usted paga: • \$0, \$4.80, o \$12.15 *El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda adicional. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos cubiertos: 25% Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del Formulario Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga: • \$0/\$1.60/ \$5.10* Por todos los demás medicamentos, usted paga: • \$0/\$4.90/ \$12.65 *El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda adicional. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1

Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 1.2

Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,850	\$9,250 Una vez que haya pagado de su bolsillo \$9,250 por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 (www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar a 711) para recibir asistencia. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de Cobertura.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>) para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Monto máximo del plan	Hasta \$2,500 monto máximo de cobertura por todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.	Hasta \$2,000 monto máximo de cobertura por todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - Monto máximo del plan	Usted es elegible para \$100 de crédito cada tres meses a fin de utilizarlo para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre.	Usted es elegible para \$50 de crédito cada tres meses a fin de utilizarlo para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC). Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre.
Tarjeta Flex Card	\$90 por mes (incluidos \$45 por mes para alimentos saludables y \$45 por mes para servicios públicos) El monto del beneficio mensual estará disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. Cualquier beneficio no utilizado no se transferirá al siguiente mes. La tarjeta Flex Card es administrada por NationsBenefits. La elegibilidad para alimentos saludables y servicios públicos se determinará después de que el miembro se inscriba en el plan. El miembro debe haber sido diagnosticado con al menos una afección que cumpla los requisitos para ser elegible para este beneficio.	\$75 por mes (incluidos \$45 por mes para alimentos saludables y \$30 por mes para servicios públicos). El monto del beneficio mensual estará disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. Cualquier beneficio no utilizado no se transferirá al siguiente mes. La tarjeta Flex Card es administrada por NationsBenefits. La elegibilidad para alimentos saludables y servicios públicos se determinará después de que el miembro se inscriba en el plan. El miembro debe haber sido diagnosticado con al menos una afección que cumpla los requisitos para ser elegible para este beneficio.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Transporte (adicional de rutina) - Frecuencia	Traslado de rutina hasta un máximo de 24 viajes cada año. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan.	Traslado de rutina hasta un máximo de 36 viajes cada año. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Monto máximo del plan	Hasta \$400 de crédito combinado cada año por todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.	Hasta \$200 de crédito combinado cada año por todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar

para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituimos por una nueva versión de medicamento genérico con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca al que sustituye. Además, cuando agreguemos un nuevo genérico, podemos decidir también mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe usted Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional, y no recibió este material con este paquete, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago del medicamento

Existen **3 etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapas:**

No tenemos deducible; por lo tanto, esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapas 2: Cobertura inicial***

Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo del año a la fecha lleguen a \$2,100.

- ***Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. Conforme al Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y

productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento con receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento con receta por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos por un suministro a largo plazo por medicamentos con receta para pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Todos los medicamentos del Formulario	Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del Formulario Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga: • \$0, \$1.60, o \$4.90* Por todos los demás medicamentos, usted paga: • \$0, \$4.80, o \$12.15 *El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda adicional.	Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del Formulario Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos), usted paga: • \$0/\$1.60/ \$5.10* Por todos los demás medicamentos, usted paga: • \$0/\$4.90/ \$12.65 *El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda adicional.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2

Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y que puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Usted podría estar participando en esta opción de pago.	Si usted está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, automáticamente su participación se renovará para 2026. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3

Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare para el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

Si quiere cambiar de planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbase en el plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, usted debe enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que Johns Hopkins Advantage MD ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare, y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 **Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta**

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. De igual manera, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Maryland tiene un programa denominado Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Pharmaceutical Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono que corresponde a su estado, visite www.shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (The Maryland AIDS Drug Assistance Program (MADAP)). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-410-767-6535. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su del Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, sin importar el nivel de ingresos. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos a su disposición para llamadas telefónicas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2026**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2026 para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com/members/plan-documents/ o llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

- **Visite www.hopkinsmedicare.com/members/plan-documents/**

Nuestro sitio web cuenta con la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Maryland, el SHIP se llama Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

Llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y Medicaid además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-243-3425. Para obtener más información sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) visitando <https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>.

Cómo recibir ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Platique en vivo con www.Medicare.gov**

Puede platicar en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

El manual *Medicare & You 2026* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cómo recibir ayuda de Medicaid

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