

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

### **Aviso anual de cambios para 2024**

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

Este documento informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios, o reglas revise la *Evidencia de cobertura* que puede encontrar en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com). También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

---

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y costos.
  - Piense cuanto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de Diciembre de 2023, continuará con el plan Johns Hopkins Advantage MD 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en el plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Consulte la sección 2, página 14 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1 de Octubre al 31 de Marzo: de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Este material también está disponible en otros formatos (por ejemplo, *braille*, letra grande, audio). Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar este material en otro formato.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

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

---

Y0124\_HMO003ANOC0923\_M

## ***Aviso anual de cambios para 2024***

### **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en sus montos máximo de costos de bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en la Rede 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
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan escoger .....</b>	<b>13</b>
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP .....	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes .....	14
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Fepertamento de Salud de Maryland (Medicaid) .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Preguntas? .....</b>	<b>20</b>
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP .....	20
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	20
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) ....	21

## Resumen de los costos importantes para 2024

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio médico</b>	Consultas de atención primaria: Usted no paga nada por consulta  Consultas a especialistas: Usted no paga nada por consulta	Consultas de atención primaria: Usted no paga nada por consulta  Consultas a especialistas: Usted no paga nada por consulta
<b>Estadías como paciente hospitalizado</b>	Usted no paga nada por una estadía en el hospital cubierta por Medicare hasta por 90 días.	Usted no paga nada por una estadía en el hospital cubierta por Medicare hasta por 90 días.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del formulario</b> Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <p>\$0, \$1,45, \$4,15 o 15 %*</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <p>\$0, \$4,30, \$10,35 o 15 %*</p> <p>*Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.</p> </li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos del formulario</b> Por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <p>\$0, \$1,55, o \$4,50*</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <p>\$0, \$4,60, o \$11,20*</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> </li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</b></p>	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Para cada medicamento recetado, usted paga el que sea más alto: un pago igual al 5 % del costo del medicamento (esto se llama <b>coaseguro</b>), o un copago (\$4,15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como un genérico, y \$10,35 para todos los demás medicamentos). El costo compartido se basa en su nivel de ayuda adicional.</li> </ul>	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.</li> </ul>
<p><b>Monto máximo de costos de bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de costos de bolsillo si cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p>\$8,300</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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague el Departamento de Salud de Maryland [Medicaid]).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

### Sección 1.2 – Cambios en sus montos máximo de costos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga “de su bolsillo” al año. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo. Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Monto máximo de costos de bolsillo</b> \$8,300</p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo.</b></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>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>	\$8,300	<p>\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

### Sección 1.3 – Cambios en la Red de proveedores y farmacias

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

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2024* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para poder ayudarlo.

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios a 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios odontológicos (Integrales no cubiertos por Medicare)</b>	El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,500 por año para servicios odontológicos integrales dentro de la red no cubiertos por Medicare.	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.
<b>Audífonos</b>	El plan paga un beneficio máximo de \$1,000 para la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos después del monto máximo de beneficio de \$1,000.	El plan paga un beneficio máximo de \$1,500 para la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos después del monto máximo de beneficio de \$1,500.
<b>Agencias para el cuidado de la salud en el hogar</b>	Se requiere autorización previa luego de recibir 12 consultas.	Es posible que necesite una autorización previa.
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	Se requiere autorización previa después de 12 consultas.  Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.	Es posible que necesite una autorización previa.  Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted no paga nada por los artículos de venta libre.	Usted no paga nada por los artículos de venta libre.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	El plan cubre hasta \$110 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.	El plan cubre hasta \$200 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente período.
<b>Servicios de fisioterapia y terapia del habla</b>	Se requiere autorización previa.	Es posible que necesite una autorización previa. Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada.
<b>Cuidado de la vista (anteojos no cubiertos por Medicare)</b>	Nuestro plan paga hasta \$400 cada dos años por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.	Nuestro plan paga hasta \$400 cada año por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.

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

### Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

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

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

La mayoría de los cambios en la "Lista de medicamentos" son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar de inmediato los medicamentos no considerados seguros por la FDA o retirados del mercado por el fabricante del producto. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada.

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

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de sus costos compartidos para 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 folleto separado, llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados" (también llamada Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos o la Cláusula adicional LIS), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" y no recibió este folleto con este paquete, llame a Servicios al Miembro y solicite la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de transición de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable a usted.

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></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 surtido de suministros para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 – Todos los medicamentos del formulario:</b></p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <p>\$0, \$1,45, \$4,15 o 15 %*</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4,30, \$10,35 o 15 %*</p> <p>*Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.</p>	<p>Su costo por un surtido de suministros para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 – Todos los medicamentos del formulario:</b></p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <p>\$0, \$1,55, o \$4,50*</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4,60, o \$11,20*</p> <p>*Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de transición de cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de transición de cobertura).</p>

### **Cambios en las Etapa de transición de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de transición de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de transición de cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan escoger**

### **Sección 2.1 – Si desea permanecer en Johns Hopkins Advantage MD 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.

---

## Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes

---

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Johns Hopkins Advantage MD ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

### Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - O bien, contactarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

---

## SECCIÓN 3    Cómo cambiar de plan

---

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre**. Este cambio entrará en vigencia el 1 de Enero de 2024.

## ¿Hay otras épocas del año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen, personas con Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a dejar la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- Enero a Marzo
- Abril a Junio
- Julio a Septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de Enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2024.

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

## **SECCIÓN 4      Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Departamento de Salud de Maryland (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 Senior Health Insurance Program (Programa de Seguro Médico para Personas Mayores).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría **gratuita** sobre los seguros médicos locales a los beneficiarios de Medicare. Los asesores del Programa de Seguro Médico para Personas Mayores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder a sus preguntas sobre cambios de planes. Usted puede llamar al Programa de Seguro Médico para Personas Mayores al 410-767-1100 o al 1-800-243-3425. Puede obtener más información sobre el Programa de Seguro Médico para Personas Mayores visitando su sitio web (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (Medicaid) al

1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. 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](mailto: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 a.m. a 4:30 p.m.

**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](mailto:dcarrolldept_dhr@maryland.gov)  
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

**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](mailto:FCDSS.info@maryland.gov)  
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

**DSS del Condado de Howard**

9780 Patuxent Woods Drive  
Columbia, Maryland 21046

Teléfono: 410-872-8700

Dirección de correo electrónico: [howco.dss@maryland.gov](mailto:howco.dss@maryland.gov)

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

1.º y 3.º jueves de cada mes, de 8:00 a.m. hasta las 7:00 p.m.

### **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](mailto:somerset.dss@maryland.gov)

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

### **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](mailto:wicodss.county@maryland.gov)

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

### **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](mailto:worcester.dss@maryland.gov)

Teléfono: 410-677-6800

Fax: 410-677-6810

Horario de atención: de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

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) (Medicaid).

## **SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Como tiene Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), ya está inscripto en "Ayuda Adicional", también llamado Subsidio de ingresos bajos. La "Ayuda Adicional" paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles y coaseguros anuales. Como califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días a la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas al día. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778; o bien,
  - La Oficina del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) de su estado (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de ayuda farmacéutica** Maryland tiene un programa llamado Programa para la Asistencia con los Medicamentos Recetados para Personas Mayores de Maryland (Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluidos una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infraasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por ADAP, califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Maryland (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Maryland (ADAP)  
Administración de prevención y promoción de la salud  
500 N. Calvert St, 5th Floor  
Baltimore, MD 21202  
1-410-767-6535 o al 1-800-205-6308 teléfono  
1-410-333-2608 fax

## SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

### Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998. (TTY únicamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas desde el 1 de Octubre al 31 de Marzo: de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para conocer los detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de Johns Hopkins Advantage MD 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](http://www.hopkinsmedicare.com). También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/"Lista de medicamentos")*.

### Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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

#### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare).

---

**Lea *Medicare y Usted 2024***

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Todos los otoños, a las personas con Medicare se les envía este documento por correo. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**

---

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