



2024

Guía de Inscripción e Información

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

ÁREA DE SERVICIOS: CONDADOS DE LA CIUDAD DE BALTIMORE, BALTIMORE,
MONTGOMERY Y PRINCE GEORGE

Table of Contents

- 1 ¡Bienvenido!
- 2 ¿Qué es Medicare Advantage?
- 4 Nuestros Planes de Medicare Advantage
- 6 Obtenga más al Elegir CareFirst
- 8 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)
- 10 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
- 12 Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D
- 14 ¿Está Listo Para Inscribirse?
- 15 Esto Es lo que Puede Esperar Después de Inscribirse
- 17 Hoja de Trabajo de Comparación de Planes
- 19 Los 100 Principales Medicamentos con Receta
- 24 Resumen de Beneficios 2024
- 39 Formulario de Control Previo a la Inscripción
- 41 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual
- 47 Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción
- 49 Formulario de Confirmación sobre el Alcance de la Cita de Ventas
- 51 Notas



¡CareFirst ha sido nombrada por el Instituto Ethisphere como una de las **World's Most Ethical Companies®** (empresas más éticas del mundo, en inglés) por 12 años consecutivos!

¡Bienvenido!

Gracias por su interés en nuestros planes Medicare Advantage, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) y CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO). Es una decisión importante determinar cuál plan de Medicare es adecuado para usted, una que no debe apresurar. Dentro de este folleto encontrará toda la información que necesita para inscribirse en un plan de Medicare Advantage que sea apropiado para usted.



CareFirst BlueCross BlueShield ha estado comprometido desde hace tiempo a proporcionar atención accesible y asequible a nuestros afiliados, en todas las facetas de la vida. Los habitantes de Maryland han confiado en los planes de salud de BlueCross BlueShield de la familia de CareFirst por más de 80 años. Es por eso por lo que hemos diseñado un plan “todo en uno” de Medicare Advantage para que pueda mantenerse saludable mientras que administra los costos de atención médica al mismo tiempo.

Estamos aquí para servirle

833-473-0394 (TTY: 711)

8 a.m. a 6 p.m. hora del este, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 12 p. m. hora del Este, los sábados

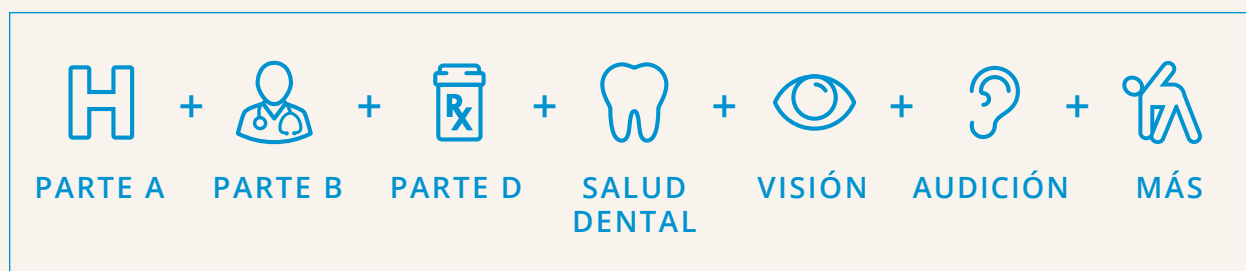
Para obtener más información, visite carefirst.com/medicareadvantage

O LLAME PARA PROGRAMAR UNA CITA EN PERSONA CON UN AGENTE DE VENTAS HABILITADO EN ESTA EDICIÓN.

- Fundamentos de Medicare Advantage
- Los beneficios de nuestros planes “todo en uno”
- Resumen de Beneficios completo
- Lista de los 100 principales medicamentos con receta
- Formulario de control previo a la inscripción
- Solicitud

¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage, también conocido como Medicare Parte C, es un plan de salud aprobado por Medicare que ofrecen las compañías de seguros privadas como nosotros. Los planes de Medicare Advantage agrupan sus planes de Medicare Parte A (costos de hospitales/centros médicos) y Medicare Parte B (costos de médicos/pruebas de laboratorio/otros) con beneficios y servicios adicionales.



COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE PARTE D

Medicare Original no incluye cobertura de medicamentos con receta, conocida también como **Medicare Parte D**. También está disponible a través de compañías de seguros privadas y a menudo se incluye en los planes de Medicare Advantage.

Nuestros planes de CareFirst BlueCross BlueShield para Medicare Advantage **incluyen una cobertura de medicamentos con receta sin deducible anual.**

CON EL PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE, USTED OBTIENE:

- **Conveniencia:** Todos sus beneficios de Medicare en un solo plan. Si alguna vez necesita ayuda, es el único número al que tiene que llamar.
- **Protección de costos:** Los planes tienen límites anuales en sus gastos de bolsillo.
- **Beneficios adicionales que usted desea:** Beneficios más allá de las consultas con el médico. Servicios de audición, de la vista, de condición física, dentales y más son parte del plan.

Comparemos el Medicare Original con un plan de Medicare Advantage

MEDICARE ORIGINAL (PARTES A Y B)

- Proporcionado por Medicare, una agencia del gobierno federal.
- Para la mayoría, la Parte A es gratuita. Su prima mensual de la Parte B se basa en sus ingresos anuales.
- Medicare Original solamente cubre cerca del 80 % de sus costos médicos después de alcanzar el deducible.

O
BIEN

PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

- Ofrecido por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare, como CareFirst BlueCross BlueShield.
- Incluye su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Puede incluir la Parte D de Medicare, es decir, su cobertura de medicamentos con receta.
- Por lo general, incluye beneficios adicionales, como servicios para la vista, la audición, dentales, clases de acondicionamiento físico, afiliaciones a gimnasios y más.
- Además de su prima de la Parte B, solamente tiene que pagar otra prima mensual más.

PUEDE AGREGAR:

PLAN COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

- Paga una prima adicional mensualmente.
- Los planes Complementarios de Medicare le ayudan a pagar los gastos médicos no cubiertos por Medicare Original.

TAMBIÉN PUEDE AGREGAR:

PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

- Es posible que deba pagar otra prima mensual.
- Ofrecido por las compañías de seguros privadas.

La ventaja es clara.

Un plan de Medicare Advantage puede ser más conveniente y puede ahorrarle dinero mientras que simplifica sus primas mensuales. Además, obtiene beneficios adicionales que pueden ayudarle a ser más saludable.

Nuestros Planes de Medicare Advantage

Nuestros planes todo-en-uno le dan acceso a médicos, especialistas, hospitales, además de a servicios preventivos dentales, de la vista y de la audición con coberturas que tienen primas **a partir de \$29 al mes**.

ELEGIBILIDAD

Es elegible para inscribirse en un plan de Medicare Advantage de CareFirst si:

- Califica para la Parte A de Medicare.
- Está inscrito y sigue pagando la Parte B de Medicare; y
- Vive en uno de los siguientes condados de Maryland (Baltimore, Montgomery y Prince George) o en la ciudad de Baltimore.

Si es elegible para Medicare y Medicaid y vive en nuestra área de cobertura, puede inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). Comuníquese con nosotros al 844-811-6334 (TTY 711) o visite **carefirst.com/mddsnp** para obtener más información.

¿Necesita más información sobre cómo inscribirse en Medicare?

Regístrese para un evento cercano a usted en **carefirst.com/medicareadvantage**. Los eventos se llevan a cabo desde mediados de octubre hasta principios de diciembre. O hable con un agente habilitado en el 833-473-0394.



TODOS LOS PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE DE CAREFIRST INCLUYEN:



Línea de asesoramiento de enfermería
las 24 horas del día



Beneficios dentales de
prevención



Visitas de Telesalud con
proveedores adheridos a la red



Exámenes de la vista de rutina y
lentes y accesorios por medio de los
proveedores Davis Vision



Acceso a más de 66,000 farmacias
en todo el país



Examen de audición y audífonos
por medio de NationsHearing®



Servicios de emergencia y de urgencia
en todo el mundo



Programa Onduo para el control
de la diabetes



Una evaluación completa de salud y
bienestar en el hogar



Acondicionamiento físico
SilverSneakers®



Programa de cuidados
paliativos



Una red de proveedores de la más alta
calidad de quienes puede depender

Obtenga más al Elegir CareFirst



BENEFICIOS DENTALES

Una boca saludable es señal de un cuerpo saludable. Los investigadores encontraron que la periodontitis está relacionada con otros problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, ataque cerebral y neumonía bacteriana (Fuente: ADA). Nuestro beneficio de prevención dental cubre exámenes bucales, limpiezas, tratamiento de flúor y radiografías hasta tres veces por año.



TELESALUD

¿Necesita reunirse con proveedores desde su casa? Con nuestro plan tiene opciones para citas visuales y auditivas. Consulte con su PCP, especialista, proveedor de salud mental o atención de urgencia si tienen opciones de telesalud y si usted está cubierto a través del plan. Pague el mismo copago que tiene una visita al consultorio. También tiene acceso a CloseKnit para servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Visite el sitio web de su plan para obtener más detalles.



EXÁMENES DE LA VISTA Y ANTEOJOS

La buena vista no es solamente de suma importancia para su salud en general, sino que también le ofrece una mejor calidad de vida. La cobertura de nuestro examen de la vista de rutina incluye dilatación y refracción de pupilas de parte de su proveedor de Davis Vision (una por año calendario). Nuestros planes también ofrecen gastos cubiertos para marcos y lentes de contacto. La red de Davis Vision incluye a Visionworks, Target, Walmart, Costco, MyEyeDr, Pearle Vision y más.



AUDÍFONOS Y EXÁMENES

CareFirst se asoció con NationsHearing® para brindarle el programa de beneficios en audición más completo y asequible. Simplificamos el proceso al programar exámenes auditivos de rutina sin costo y, si es necesario, le ayudamos a seleccionar los audífonos más cómodos y eficientes para cumplir con sus necesidades y estilo de vida. Comenzar es fácil.



ACONDICIONAMIENTO FÍSICO SILVERSNEAKERS®

SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física. Sin ningún costo adicional, tendrá acceso a miles de gimnasios en los EE. UU., así como clases virtuales.

- **Clases de acondicionamiento físico:** SilverSneakers cuenta con clases para todos los niveles de aptitud física, dirigidas por instructores capacitados.
- **Recursos en línea:** ¿No puede ir al gimnasio o se siente más seguro haciendo ejercicio en casa? Asista a clases en línea, talleres y más a través de SilverSneakers.com y la aplicación SilverSneakers GO.



LÍNEA QUE BRINDA ASESORAMIENTO DE ENFERMERAS LAS 24 HORAS DEL DÍA

Las enfermeras diplomadas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conversar con usted sobre sus síntomas y recomendarle la atención más adecuada. Todos disponibles sin cargo.



PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Nuestro programa de cuidados paliativos brinda proveedores compasivos que viajan hacia usted o trabajan con usted por teléfono; acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a su equipo de atención, planificación de la atención con sus médicos existentes y recursos adicionales para usted y su familia. Y los servicios están cubiertos al 100% por su plan CareFirst.



EVALUACIÓN EN EL HOGAR

Todos los afiliados pueden recibir una evaluación completa de salud y bienestar en el hogar. Las evaluaciones incluyen la revisión de medicación para la seguridad y el éxito en el manejo de sus problemas de salud y recomendaciones personalizadas para pruebas exploratorias adicionales. La información recopilada en su evaluación se compartirá con su PCP para ayudar a respaldar y guiar su atención.



ONDUO — PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LA DIABETES

Onduo ayuda a los afiliados a controlar la diabetes a través de un programa personalizado que ofrece apoyo diario entre las visitas al médico. Los afiliados que se inscriben obtienen acceso a clínicas virtuales, suministros para diabéticos, instructores de salud y más sin costo adicional.



¿Quiere saber si sus médicos participan en nuestros planes Medicare Advantage?

¡Explore nuestra red Medicare Advantage con nuestra herramienta Buscar un médico! Es fácil y rápido:

- Visite carefirst.com/findadocmapd
- Ingrese su ciudad y estado, o código postal
- Navegue por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades

©2022 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es una marca registrada de NationsBenefits, LLC. Otras marcas son propiedad de sus respectivos propietarios. SilverSneakers y el logotipo del zapato SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers GO y SilverSneakers On-Demand son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

¿Busca un plan asequible para su presupuesto y adecuado para usted? Este plan cubre todos los beneficios de Medicare a precios asequibles y ofrece beneficios adicionales como servicios de la visión, dentales y de acondicionamiento físico.

Nuestro Plan **Básico** cubre todo lo principal, lo cual incluye medicamentos con receta y muchos beneficios complementarios, como servicios dentales preventivos, exámenes de la vista de rutina y gastos cubiertos para anteojos, exámenes auditivos de rutina y descuentos en audífonos, y muchas cosas más, todo con una prima mensual baja.

Aspectos Destacados del Plan

- Prima mensual baja de \$29
- Sin deducible médico o por medicamentos con receta
- Copagos bajos en medicamentos con receta
- Servicios dentales preventivos
- Examen de la vista de rutina y gasto cubierto para anteojos
- Exámenes de audición de rutina
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

¿Quién podría elegir el Plan Básico?



Conozca a Jada. Jada busca un plan que sea asequible para su presupuesto. No le preocupa pagar un poco más por las visitas al consultorio si eso significa que tendrá una prima mensual más baja. Comprende que es importante contar con un seguro de salud, pero no quiere gastar más de lo necesario. Al tener un ingreso fijo, ella busca una cobertura de medicamentos con receta incluida y beneficios adicionales, como afiliación a centros de acondicionamiento físico y ahorros en la atención de la visión.

Nuestro Plan Básico de Advantage de CareFirst BlueCross Blueshield podría ser adecuado para Jada. Este plan ofrece primas mensuales bajas y a la vez ofrece acceso a muchos beneficios adicionales.

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE CORE (HMO)

PRIMA MENSUAL

\$29

Deducible médico: \$0

Deducible anual por medicamentos: \$0

Límite máximo de gastos de bolsillo: \$8,300

Niveles de medicamentos (suministro para un mes):

Formulario de 5 niveles (lista de medicamentos) con costos compartidos según el nivel. Los miembros pueden obtener un suministro de medicamentos recetados para 3 meses según el nivel de medicamento. Los productos de insulina tienen un límite de \$35 por mes.

A partir del 1 de enero de 2024, los afiliados son elegibles para recibir suministros para 100 días de sus medicamentos de nivel 1, 2 y 3.

Copagos de Beneficios Destacados:

- Consulta con proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): \$5
- Consulta con un especialista: \$50
- Consulta de atención de urgencia: \$30
- Visita a la sala de emergencias: \$100
- Permanencia en el hospital como paciente internado
 - 1 a 5 días: \$350 por día
 - 6 a 90 días: \$0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$250
- Centro quirúrgico ambulatorio: \$200
- Centro de cuidados especializados
 - 1 a 20 días: \$0 por día
 - 21 a 100 días: \$180 por día
- Examen auditivo de rutina: \$0
- Examen oftalmológico de rutina: \$20
- Limpiezas dentales preventivas, exámenes bucales, radiografías y tratamiento con flúor: \$10 por servicio

Para obtener más detalles del plan, consulte el Resumen de Beneficios en la página 25.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

¿Busca un plan con copagos más bajos y que tenga beneficios adicionales no cubiertos por Medicare? El Plan **Mejorado** tiene todos los beneficios del Plan Básico y agrega una cobertura de medicamentos extensa, un servicio dental integral y servicios adicionales como podología de rutina no cubierta por Medicare, acupuntura y atención quiropráctica.

Aspectos Destacados del Plan

- Prima mensual de \$92
- Sin deducible médico o por medicamentos con receta
- Copagos más bajos que nuestro Plan Básico
- Interrupción en la cobertura para los medicamentos del Nivel 1
- Servicios dentales preventivos más servicios integrales adicionales
- Gasto cubierto adicional para anteojos
- Exámenes de audición de rutina
- Cobertura de rutina para acupuntura, quiropráctico y podología
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

¿Quién podría elegir el Plan Mejorado?



Conozca a Terrance. Terrance usa su seguro de salud de forma regular. Consulta a distintos especialistas para controlar su afección crónica y toma tres medicamentos con receta. Está interesado en mejorar su salud y busca obtener beneficios de bienestar adicionales.

Nuestro Plan Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage podría ser adecuado para Terrance. Aunque la prima mensual es más alta que la de nuestro Plan Básico, los copagos son más bajos. Terrance usa su seguro a menudo, por lo que los copagos más bajos en este plan se adaptan mejor a sus necesidades.

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE ENHANCED (HMO)

PRIMA MENSUAL

\$92

Deducible médico: \$0

Deducible anual por medicamentos: \$0

Límite máximo de gastos de bolsillo: \$7,300

Niveles de medicamentos (suministro para un mes):

Formulario de 5 niveles (lista de medicamentos) con costos compartidos según el nivel. Los miembros pueden obtener un suministro de medicamentos recetados para 3 meses según el nivel de medicamento. Los productos de insulina tienen un límite de \$35 por mes.

A partir del 1 de enero de 2024, los afiliados son elegibles para recibir suministros para 100 días de sus medicamentos de nivel 1, 2 y 3.

Copagos de Beneficios Destacados:

- Consulta con proveedor de atención primaria (PCP): \$0
- Consulta con un especialista: \$40
- Consulta de atención de urgencia: \$20
- Visita a la sala de emergencias: \$100
- Permanencia en el hospital como paciente internado
 - 1 a 5 días: \$350 por día
 - 6 a 90 días: \$0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$150
- Centro quirúrgico ambulatorio: \$100
- Centro de cuidados especializados
 - 1 a 20 días: \$0 por día
 - 21 a 100 días: \$160 por día
- Examen auditivo de rutina: \$0
- Examen oftalmológico de rutina: \$10
- Limpiezas dentales preventivas, exámenes bucales, radiografías y tratamiento con flúor: \$5 por servicio
- Servicios dentales integrales (incluye servicios no rutinarios, servicios de restauración básicos, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, otros servicios de cirugía oral/maxilofacial y extracciones): \$15 a \$500

Para obtener más detalles del plan, consulte el Resumen de Beneficios en la página 25.

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D

Los planes Básico y Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield para Medicare Advantage incluyen una cobertura de medicamentos con receta SIN deducible anual. Además, se incluye la cobertura de medicamentos de farmacia en centros de atención a largo plazo.

	BÁSICO	MEJORADO
	COPAGO DE FARMACIA DE VENTA AL PÚBLICO PARA SUMINISTRO PARA UN MES*	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos*	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos*	\$20	\$15
Nivel 3: Marca Preferida	\$47 (\$35 por insulina)	\$47 (\$35 por insulina)
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	40 % del costo total (\$35 por insulina)	40 % del costo total (\$35 por insulina)
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total (\$35 por insulina)	33 % del costo total (\$35 por insulina)

UNA VEZ QUE ENTRE EN EL PERÍODO SIN COBERTURA, USTED DEBERÁ PAGAR:

Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	25 % del costo	Copago de \$2 para genéricos preferidos del Nivel 1 y 25 % del costo para todos los demás medicamentos.
--	----------------	---

**Los niveles 1 y 2 tienen el mismo copago para el suministro de uno, dos y tres meses.*

Los niveles 2 al 5 se cubrirán en un 25 % del costo total en el período sin cobertura. Para obtener más detalles del plan, consulte el Resumen de Beneficios en la página 25.

Los niveles 1, 2, 3 tienen disponibles beneficios de 100 días

AHORRE CON EL PEDIDO POR CORREO

Es fácil y conveniente, puede resurtir sus recetas en línea, por teléfono o por correo electrónico. Hasta puede consultar a un farmacéutico.

90%

de personas en el área de servicios de CareFirst viven a dos millas de una farmacia participante.

Al igual que con el plan de la Parte D, lo que pague depende de varias cosas.

¿SUS MEDICAMENTOS CON RECETA SE ENCUENTRAN EN EL FORMULARIO DE CAREFIRST?

El formulario es una lista de medicamentos cubiertos por nuestros planes. Su receta debe estar en nuestro formulario para que sea cubierta, excepto en ciertas circunstancias limitadas. Puede encontrar nuestro formulario en carefirst.com/medicareadvantage. O llámenos al 833-473-0394 y pida una copia impresa.

¿EN QUÉ NIVEL ESTÁ SU MEDICAMENTO?

Los medicamentos se categorizan de uno a cinco “niveles”. Examine el formulario para averiguar en qué nivel se encuentran sus medicamentos. Por lo general, mientras más bajo sea el nivel, más bajo será el costo. Para su conveniencia, en la página 21 hemos incluido una lista de los 100 principales medicamentos con receta para los inscritos en Medicare Original en el estado de Maryland.

¿CUÁLES FARMACIAS SE ENCUENTRAN EN LA RED DE CAREFIRST?

Tendrá acceso a más de 66,000 farmacias independientes y a las principales cadenas en todo el país, entre ellas, CVS, Walmart, Walgreens, Rite Aid, Safeway, Costco, Kroger, Harris Teeter, Giant y más.

¿EN QUÉ ETAPA DEL CICLO DEL MEDICAMENTO CON RECETA SE ENCUENTRA?

El gobierno federal creó cuatro etapas y cada año establece un límite de dólares para cada una. Cuando cambia de etapas, el monto que paga también cambia. El 1 de enero de cada año comienza un nuevo ciclo.

■ Etapa 1: Deducible

Ya que ambos planes tienen un deducible de \$0, va a omitir esta etapa.

■ Etapa 2: Límite de Cobertura Inicial

Pagará los copagos o el coseguro para los medicamentos cubiertos hasta que el costo total de sus medicamentos más los pagos del plan excedan los \$5,030 en 2024.

■ Etapa 3: Período sin Cobertura. También conocido como “hueco de rosquilla”.

Esta etapa comienza después de que el total de los costos de medicamentos anuales (incluyendo lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcance el monto de \$5,030 en 2024.

Durante el período sin cobertura, pagará el 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y los medicamentos genéricos con nuestro Plan Básico. Los afiliados del Plan Mejorado que entran en la etapa del período sin cobertura (hueco de rosquilla) pagarán el copago que se indica para el Nivel 1, los medicamentos genéricos de Marca Preferida, o el 25 % del costo del medicamento del plan, mientras se encuentren en la etapa del período sin cobertura.

■ Etapa 4: Cobertura ante Catástrofes

Después de que el importe anual de sus gastos particulares en medicamentos (incluyendo los medicamentos que compra por medio de farmacias de venta al público y farmacias con servicio de pedido por correo) alcancen el monto de \$8,000 en 2024, su plan cubrirá todos los costos de la parte D.

¿Está Listo Para Inscribirse?

PASO 1

Compare los planes y la cobertura.

Use la hoja de trabajo que se encuentra en la página 17 de este folleto, o llámenos al 833-473-0394 para obtener el beneficio de una revisión personalizada gratis para ayudarle a determinar qué plan se ajusta mejor a sus necesidades.

PASO 2

Seleccione un plan que cumpla con sus necesidades específicas de salud y se ajuste a su presupuesto.

¿Planea conservar a su médico o especialistas actuales?

Confirme primero que se encuentran en nuestra red Medicare Advantage.

- Visite carefirst.com/findadocmapd
- Ingrese su ciudad y estado, o su código postal
- Navegue por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades

PASO 3

Haga su solicitud en línea, por teléfono o por correo.

- **EN LÍNEA:** nuestro formulario seguro en línea lo guiará paso a paso por el proceso de inscripción. ¡Es fácil! Visite carefirst.com/medicareadvantage.
- **TELÉFONO:** Obtenga ayuda personalizada para inscribirse de un agente de ventas habilitado llamando al 833-473-0394 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este, de lunes a viernes y de 8 a. m. a 12 p. m., hora del Este, los sábados.
- **CORREO:** Llene el Formulario de Inscripción incluido en este folleto y envíelo por correo a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
CareFirst Advantage, Inc.
Enrollment Correspondence
P.O. Box 3236
Scranton, PA 18505
- **FAX:** 855-215-6948



Esto Es lo que Puede Esperar Después de Inscribirse

Primero, revisaremos su solicitud de inscripción para asegurarnos de que esté completa. También volveremos a revisar que cumpla con los requisitos de elegibilidad.

A continuación, le enviaremos una carta o correo electrónico para confirmar que recibimos su formulario de inscripción. Así mismo, le avisaremos a Medicare que solicitó unirse a uno de nuestros planes.

En los 10 días calendario posteriores a que Medicare confirme su inscripción, le avisaremos la fecha en que inicia la cobertura de su plan CareFirst BlueCross Blueshield de Medicare Advantage.

Seguido de eso, le enviaremos su nuevo paquete de bienvenida de nuevo afiliado. También le enviaremos su nueva tarjeta de identificación del afiliado. Su paquete de bienvenida le proporcionará información útil sobre cómo aprovechar al máximo su nuevo plan.

Recursos y Formularios

Hoja de Trabajo de Comparación de Planes

Compare los costos de su plan actual con **el Plan Básico de CareFirst BlueCross Blueshield** o **el Plan Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage**. Solo tiene que ingresar la información de su plan a continuación y ver si puede ahorrar al cambiarse a uno de nuestros planes.

	PLAN ACTUAL	BÁSICO	MEJORADO
Prima mensual	\$	\$29	\$92
Deducible médico	\$	\$0	\$0
Deducible de farmacia	\$	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos	\$	\$8,300	\$7,300
Copago por visita al proveedor de atención primaria	\$	\$5	\$0
Copago por visita al especialista	\$	\$50	\$40
Copago por visita de atención de urgencia	\$	\$30	\$20
Copago por examen de la vista de rutina	\$	\$20	\$10
Copago por servicios dentales preventivos	\$	\$10	\$5
Copago por servicios dentales integrales	\$	No disponible	\$15 a \$500
Copago por exámenes de audición de rutina	\$	\$0	\$0
Afiliación a un gimnasio/centro de acondicionamiento físico	\$	\$0	\$0
Copago de medicamentos con receta Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$	\$4	\$2

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

A continuación, encontrará una lista de los 100 principales medicamentos con receta usados por los afiliados de Medicare en Maryland. No se preocupe si no ve aquí una de sus recetas, esta no es una lista de todos los medicamentos cubiertos por nuestros planes.

Esta información corresponde al Básico de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) y al Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO). Para obtener un listado completo, los límites de las recetas y los requisitos de autorización previa, visite carefirst.com/medicareadvantage o llame al 833-473-0394.

Si los medicamentos se muestran en letra minúscula y en *itálica*, es porque son medicamentos genéricos. Si los medicamentos están en mayúsculas, es porque son MEDICAMENTOS DE MARCA.

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>Acetaminofén-Codeína</i>	2
<i>Sulfato de Albuterol Hfa</i>	3
<i>Alendronato de Sodio</i>	1
<i>Alopurinol</i>	1
<i>Alprazolam</i>	2
<i>Clorhidrato de Amitriptilina</i>	3
<i>Besilato de Amlodipina</i>	1
<i>Amoxicilina</i>	1
<i>Amoxicilina-Clavulanato de Potasio</i>	Tableta: 2 o 3 Suspensión: 3 o 4
<i>Atenolol</i>	1
<i>Atorvastatina Calcio</i>	1
<i>Azitromicina</i>	Tableta: 1 Suspensión: 3
<i>Baclofeno</i>	3
<i>Bupropión XI</i>	3
<i>Clorhidrato de Buspirona</i>	1 o 3
<i>Carvedilol</i>	1
<i>Cefdinira</i>	Cápsula: 2 Suspensión: 3

Fuente: Los datos se resumieron del Archivo de Uso Público para Profesionales Autorizados para Prescribir de la Parte D, el cual no incluye recetas escritas por un proveedor para 10 o menos beneficiarios de la Parte D de Medicare.

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>Celecoxib</i>	3
<i>Cefalexina</i>	Cápsula: 1 Suspensión: 3
<i>Clorhidrato de Ciprofloxacina</i>	1 o 4
<i>Hidrobromuro de Citalopram</i>	Tableta: 1 Solución Oral: 3
<i>Clorhidrato de Clindamicina</i>	2
<i>Clonazepam</i>	2
<i>Clorhidrato de Clonidina</i>	1
<i>Clopidogrel</i>	1
<i>Colchicina</i>	4
<i>Clorhidrato de Ciclobenzaprina</i>	3
<i>Diazepam</i>	Tableta: 2 Solución Oral/Concentrado: 3
<i>Diclofenaco Sódico</i>	Tableta de Liberación Retardada: 2 Tableta de liberación prolongada: 3 Gel: 3
<i>Hiclato de Doxiciclina</i>	3
<i>Monohidrato de Doxiciclina</i>	Cápsula: 2 Tableta/Suspensión: 3
<i>Clorhidrato de Duloxetina</i>	3
<i>ELIQUIS</i>	3
<i>Oxalato de Escitalopram</i>	Tableta: 1 Solución Oral: 4
<i>Ezetimiba</i>	3
<i>Famotidina</i>	Tableta: 1 Suspensión: 4
<i>Fluconazol</i>	Tableta: 2 o 3 Suspensión: 3
<i>Hiclato de Fluoxetina</i>	Cápsula: 1 o 2 Solución Oral: 3
<i>Propionato de Fluticasona</i>	Suspensión nasal: 2 Crema/ungüento: 3
<i>Furosemida</i>	Tableta: 1 Solución Oral: 2
<i>Gabapentina</i>	Cápsula: 2 Tableta/Solución Oral: 3
<i>Clorhidrato de Hidralazina</i>	2
<i>Hidroclorotiazida</i>	1
<i>Hidrocodona/Acetaminofén</i>	Tableta: 3 Solución Oral: 4

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>Hydrocortisona</i>	Crema: 1 o 2 Loción/Ungüento: 2 Tableta: 3
<i>Clorhidrato de Hidroxizina</i>	3
<i>Ibuprofeno</i>	Tableta: 1 Suspensión: 3
<i>Mononitrato de Isosorbida</i>	1
<i>Ketoconazol</i>	Champú: 2 Tableta/Crema: 3
<i>LANTUS SOLOSTAR</i>	3
<i>Levetiracetam</i>	3
<i>Levofloxacin</i>	Tableta: 1 Solución Oral: 4
<i>Levotiroxina Sódica</i>	2
<i>Lisinopril</i>	1
<i>Lisinopril e Hidroclorotiazida</i>	1
<i>Lorazepam</i>	Tableta: 2 Solución Oral: 3
<i>Losartán-Hidroclorotiazida</i>	1
<i>Losartán de Potasio</i>	1
<i>Clorhidrato de Meclizina</i>	2
<i>Meloxicam</i>	1
<i>Clorhidrato de Metformina</i>	1
<i>Clorhidrato de Metformina de liberación prolongada</i>	1
<i>Metilprednisolona</i>	Paquete Terapéutico: 2 Tableta: 3
<i>Succinato de Metoprolol</i>	2
<i>Tartrato de Metoprolol</i>	1
<i>Metronidazol</i>	Tableta: 1 Gel: 3 Crema/Loción: 4
<i>Mirtazapina</i>	2 o 3
<i>Montelukast Sódico</i>	1
<i>Mupirocina</i>	2
<i>Naproxeno</i>	1
<i>Nifedipina de Liberación Prolongada</i>	3
<i>Nitrofurantoína Mono-Macro</i>	3
<i>Nistatina</i>	Crema/Ungüento/Suspensión: 2 Tabletas: 3

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>Omeprazol</i>	1
<i>Clorhidrato de Ondansetrón</i>	Tableta: 3 Solución Oral: 4
<i>Ondansetrón Odt</i>	3
<i>Clorhidrato de Oxycodona</i>	Tableta: 3 Cápsula/Solución Oral: 4
<i>Oxycodona-Acetaminofén</i>	3
<i>Pantoprazol Sódico</i>	1
<i>Clorhidrato de Paroxetina</i>	Píldora: 2 Solución Oral: 4
<i>Cloruro de Potasio</i>	Tableta: 2 o 3 Cápsula: 3
<i>Pravastatina Sódica</i>	1
<i>Prednisona</i>	Tableta: 2 Paquete Terapéutico: 3 Solución Oral: 4
<i>Pregabalina</i>	Cápsula: 3 o 4 Solución Oral: 3
<i>Fumarato de Quetiapina</i>	2
<i>Rosuvastatina de Calcio</i>	1
<i>Clorhidrato de Sertralina</i>	Tableta: 1 Solución Oral: 3
<i>Simvastatina</i>	1
<i>Espironolactona</i>	1
<i>Trimetoprima/Sulfametoxazol</i>	Tableta: 1 Suspensión: 3
<i>Clorhidrato de Tamsulosina</i>	2
<i>Clorhidrato de Tramadol</i>	2
<i>Clorhidrato de Trazodona</i>	1
<i>Acetónido de Triamcinolona</i>	Crema/Ungüento: 2 Loción: 3
<i>Valaciclovir</i>	3
<i>Clorhidrato de Venlafaxina de Liberación Prolongada</i>	2
<i>VENTOLIN HFA</i>	3
<i>Warfarina Sódica</i>	1
<i>XARELTO</i>	3
<i>Tartrato de Zolpidem</i>	2

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Resumen de Beneficios 2024

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

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

Área de Servicios: Condados de la ciudad de Baltimore,
Baltimore, Montgomery y Prince George.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)
H6067-001-002

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
H6067-002-002

Resumen de Beneficios 2024

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Este documento resume los beneficios de nuestros planes y lo que se prevé que deberá pagar cuando necesite atención. Todos los planes tienen que crear un documento de Resumen de Beneficios (como el que está leyendo en este momento). Para obtener más información, incluso una lista completa de los beneficios, llámenos y solicite el documento “Evidencia de Cobertura” o descargue una copia del documento en línea desde **carefirst.com/medicareadvantage**.

¿Quién es elegible para inscribirse en nuestros planes?

Toda aquella persona que califica para la Parte A de Medicare, esté inscrita en la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicios. El área de servicios de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage incluye los siguientes condados de Maryland: Condados de la ciudad de Baltimore, Baltimore, Montgomery y Prince George. Cómo comprender sus opciones Los beneficios de Medicare se ofrecen por medio de Medicare Original, el cual dirige el gobierno federal. Otra opción es inscribirse para recibir los beneficios de Medicare por medio de un plan de salud de Medicare Advantage con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. En medicare.gov, encontrará la herramienta Buscador de Planes de Medicare. Además, puede visualizar el manual gratuito “Medicare y Usted” en ese mismo sitio web. Los manuales impresos están disponibles a pedido. Para recibir su copia, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Farmacia

En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos de la Parte D que están cubiertos. Puede ver el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (**carefirst.com/medicareadvantage**). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

Redes de Proveedores

En general, los afiliados de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage no están cubiertos para recibir los servicios fuera de la red, salvo que se trate de situaciones de emergencias o urgencias, diálisis y otras circunstancias especiales que aprueba el plan con anticipación. Llame a nuestro número de servicios para el afiliado o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información. Es posible que las derivaciones solo se requieran para la atención de especialista.

¿Necesita más información?

Comuníquese al 855-290-5744 (TTY:711) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este). Visite **carefirst.com/medicareadvantage**.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Prima mensual del plan	\$29 Debe seguir pagando la prima de la Parte B todos los meses.	\$92 Debe seguir pagando la prima de la Parte B todos los meses.
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Sus límites anuales son de \$8,300 por los servicios que recibe de los proveedores adheridos a la red en el caso de los servicios cubiertos por Medicare. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, sigue recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año. Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.	Sus límites anuales son de \$7,300 por los servicios que recibe de los proveedores adheridos a la red en el caso de los servicios cubiertos por Medicare. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, sigue recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año. Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.
Cobertura hospitalaria*	Paga un copago de \$350 por día desde el día 1 hasta el día 5 Paga un copago de \$0 por día desde el día 6 hasta el día 90. Nuestro plan cubre 90 días por cada hospitalización cubierta por Medicare. Aplica reserva de por vida.	Paga un copago de \$350 por día desde el día 1 hasta el día 5 Paga un copago de \$0 por día desde el día 6 hasta el día 90. Nuestro plan cubre 90 días por cada hospitalización cubierta por Medicare. Aplica reserva de por vida.
Cobertura hospitalaria ambulatoria*		
Hospital ambulatorio, incluida la cirugía	Paga un copago de \$250 por cada visita de un paciente ambulatorio al hospital que cubra Medicare.	Paga un copago de \$150 por cada visita de un paciente ambulatorio al hospital que cubra Medicare.
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Paga un copago de \$330 por cada servicio de observación de un paciente ambulatorio que cubra Medicare.	Paga un copago de \$250 por cada servicio de observación de un paciente ambulatorio que cubra Medicare.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)*	Paga un copago de \$200 por cada visita a los centros de cirugía ambulatoria que cubra Medicare.	Paga un copago de \$100 por cada visita a los centros de cirugía ambulatoria que cubra Medicare.
Visitas a médicos		
Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	Paga un copago de \$5 por cada visita a PCP que cubra Medicare.	Paga un copago de \$0 por cada visita a PCP que cubra Medicare.
Especialista* (Es posible que se requiera una derivación)	Paga un copago de \$50 por cada visita a especialistas que cubra Medicare.	Paga un copago de \$40 por cada visita a especialistas que cubra Medicare.
Cuidados preventivos	Nuestro plan incluye los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo alguno cuando visita a un proveedor adherido a la red. Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.	Nuestro plan incluye los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo alguno cuando visita a un proveedor adherido a la red. Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.
Atención de emergencia	Paga un copago de \$100 por cada visita de atención de emergencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 24 horas.	Paga un copago de \$100 por cada visita de atención de emergencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 24 horas.
Servicios de urgencia	Paga un copago de \$30 por cada visita de atención de urgencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas. También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesita con urgencia. Existe un máximo combinado de \$25,000 para los servicios internacionales de emergencias/urgencia. Paga un copago de \$30. No se exige el copago si se hospitaliza.	Paga un copago de \$20 por cada visita de atención de urgencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas. También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesita con urgencia. Existe un máximo combinado de \$50,000 para los servicios internacionales de emergencias/urgencia. Paga un copago de \$0.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios de diagnóstico*		
Pruebas y Procedimientos	Paga un copago de \$50 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubra Medicare.	Paga un copago de \$40 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubra Medicare.
Servicios de laboratorio	Paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	Paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, tomografía computarizada y resonancia magnética)	Paga un copago de \$200 por el servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$150 por el servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.
Servicios de radiología terapéutica	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.
Radiografías	Paga un copago de \$20 por el servicio de radiografías cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$10 por el servicio de radiografías cubierto por Medicare.
Servicios de audición		
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	Paga un copago de \$40 por cada examen de audición cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$20 por cada examen de audición cubierto por Medicare.
Exámenes de audición de rutina	Paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina al año y por una adaptación y evaluación de audífonos al año. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.	Paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina al año y por una adaptación y evaluación de audífonos al año. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.
Audífonos	Paga un copago de \$475 a \$1,950 por audífono en función del nivel de tecnología. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.	Paga un copago de \$400 a \$1,875 por audífono en función del nivel de tecnología. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios dentales		
Integral*	Paga un copago de \$40 por cada servicio dental que cubra Medicare.	Paga un copago de \$20 por cada servicio dental que cubra Medicare.
Servicios preventivos (las frecuencias varían según los servicios)	Paga un copago de \$10 por exámenes bucales. Paga un copago de \$10 por la profilaxis (limpieza). Paga un copago de \$10 por el tratamiento con flúor. Paga un copago de \$10 por radiografías dentales.	Paga un copago de \$5 por exámenes bucales. Paga un copago de \$5 por la profilaxis (limpieza). Paga un copago de \$5 por el tratamiento con flúor. Paga un copago de \$5 por radiografías dentales.
Otros servicios dentales integrales	Este plan no cubre ningún otro servicio dental integral.	El gasto cubierto máximo para servicios dentales integrales es de \$800 cada año. Paga un copago de \$15 a \$30 por servicios no rutinarios, que incluyen medicamento para detener las caries y tratamiento para el dolor dental de emergencia. Paga un copago de \$15 a \$500 por los servicios básicos de restauración, incluso empastes de composite y amalgama. Paga un copago de \$50 a \$300 por los servicios de periodoncia no quirúrgica. Paga un copago de \$40 a \$100 por los servicios de extracciones no quirúrgicas.
Servicios oftalmológicos		
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo.	Paga un copago de \$40 por el examen de la vista que cubra Medicare.	Paga un copago de \$20 por el examen de la vista que cubra Medicare.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Examen preventivo de glaucoma	Paga un copago de \$0.	Paga un copago de \$0.
Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	Paga un copago de \$0.	Paga un copago de \$0.
Examen de la vista diabético	Paga un copago de \$0.	Paga un copago de \$0.
Examen de rutina de la vista	Paga un copago de \$20 por un examen de rutina de la vista todos los años (incluye dilatación y refracción) por medio de nuestro proveedor adherido a la red.	Paga un copago de \$10 por un examen de rutina de la vista todos los años (incluye dilatación y refracción) por medio de nuestro proveedor adherido a la red.
Gastos cubiertos de lentes y accesorios	Ciertos marcos que se adquirieron en la exclusiva colección de nuestro proveedor adherido a la red se cubrirán por completo por medio de nuestro socio de servicios de la vista. Los marcos que no formen parte de la colección tendrán un gasto cubierto de \$75 por año. Paga un copago de \$20 por los lentes de anteojos. Si las lentes de contacto son médicamente necesarias, serán cubiertas por completo por medio de nuestro proveedor adherido a la red. El gasto cubierto optativo de lentes de contacto es de \$100 por año. La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto no están cubiertos.	Ciertos marcos que se adquirieron en la exclusiva colección de nuestro proveedor adherido a la red se cubrirán por completo por medio de nuestro socio de servicios de la vista. Los marcos que no formen parte de la colección tendrán un gasto cubierto de \$150 por año. Paga un copago de \$10 por los lentes de anteojos. Si las lentes de contacto son médicamente necesarias, serán cubiertas por completo por medio de nuestro proveedor adherido a la red. El gasto cubierto optativo de lentes de contacto es de \$200 por año. El gasto cubierto para evaluación de lentes de contacto es de \$60 cada año.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios de salud mental		
Pacientes internados*	Paga un copago de \$330 por los días 1 a 5. Paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.	Paga un copago de \$250 por los días 1 a 5. Paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.
Paciente ambulatorio:	Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual para pacientes ambulatorios y un copago de \$20 por cada visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.	Paga un copago de \$20 por cada visita de terapia individual para pacientes ambulatorios y un copago de \$10 por cada visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.
Centro de cuidados especializados (SNF)*	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Cuidados Especializados. Paga un copago de \$0 por día desde el día 1 hasta el día 20. Paga un copago de \$180.00 por día desde el día 21 hasta el día 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Cuidados Especializados. Paga un copago de \$0 por día desde el día 1 hasta el día 20. Paga un copago de \$160.00 por día desde el día 21 hasta el día 100.
Fisioterapia*	Paga un copago de \$35 por cada visita cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$18 por cada visita cubierta por Medicare.
Ambulancia*		
Suelo	Paga un copago de \$240 por los servicios de transporte terrestre.	Paga un copago de \$200 por los servicios de transporte terrestre.
Aire	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de transporte aéreo.	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de transporte aéreo.
Transporte de Rutina	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*	Paga entre el 0 % y el 20 % de coseguro del costo total por la insulina, la quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de un mes.	Paga entre el 0 % y el 20 % de coseguro del costo total por la insulina, la quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de un mes.

*Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios adicionales destacados	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Atención quiropráctica*		
Cobertura de Medicare	Paga un copago de \$15 por cada visita de servicio quiropráctico que cubra Medicare.	Paga un copago de \$10 por cada visita de servicio quiropráctico que cubra Medicare.
Rutina	Sin cobertura.	Paga un copago de \$10 por cada visita de servicio quiropráctico de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Control de la diabetes: Onduo	Los miembros con diabetes que estén inscritos en nuestro programa de gestión de atención Onduo tendrán acceso a los siguientes beneficios sin costo: ■ Clínicas virtuales con proveedores de atención primaria y especialistas ■ Medidores continuos de glucosa (MCG) para afiliados elegibles ■ Manguitos de presión arterial para afiliados elegibles ■ Suministros adicionales para diabéticos, como tiras reactivas y lancetas ■ Asesoramiento, apoyo y servicios de salud y estilo de vida y acceso a una aplicación.	Los miembros con diabetes que estén inscritos en nuestro programa de gestión de atención Onduo tendrán acceso a los siguientes beneficios sin costo: ■ Clínicas virtuales con proveedores de atención primaria y especialistas ■ Medidores continuos de glucosa (MCG) para afiliados elegibles ■ Manguitos de presión arterial para miembros elegibles, suministros adicionales para diabéticos, como tiras reactivas y lancetas. ■ Asesoramiento, apoyo y servicios de salud y estilo de vida y acceso a una aplicación.
Evaluación a domicilio	La evaluación a domicilio es una evaluación clínica anual a domicilio, similar a un examen físico. Hemos creado una manera fácil y efectiva para que usted obtenga una imagen más completa de su salud. Paga un copago de \$0.	La evaluación a domicilio es una evaluación clínica anual a domicilio, similar a un examen físico. Hemos creado una manera fácil y efectiva para que usted obtenga una imagen más completa de su salud. Paga un copago de \$0.

Beneficios adicionales destacados	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Cuidado de los pies (servicios de podología)*		
Exámenes y tratamiento de los pies.	Paga un copago de \$40 por cada visita de podología que cubre Medicare.	Paga un copago de \$30 por cada visita de podología que cubre Medicare.
Cuidado de pies de rutina	Sin cobertura	Paga un copago de \$10 por cada servicio de podología de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Paga un copago de \$0 por los servicios que presta la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día.	Paga un copago de \$0 por los servicios que presta la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día.
Fitness (SilverSneakers)	Está automáticamente inscrito en el programa de fitness de SilverSneakers® sin cargo alguno. SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física. Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y la aplicación SilverSneakers GO. También puede registrarse para recibir un kit de fitness en su domicilio. Tendrá acceso a miles de gimnasios ubicados en todo el país, donde podrá hacer uso de instalaciones básicas. SilverSneakers ofrece distintivas clases de ejercicios especialmente diseñadas para todos los niveles de fitness, además de las clases de ejercicios grupales para todos los niveles en selectas ubicaciones.	Está automáticamente inscrito en el programa de fitness de SilverSneakers® sin cargo alguno. SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física. Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y la aplicación SilverSneakers GO. También puede registrarse para recibir un kit de fitness en su domicilio. Tendrá acceso a miles de gimnasios ubicados en todo el país, donde podrá hacer uso de instalaciones básicas. SilverSneakers ofrece distintivas clases de ejercicios especialmente diseñadas para todos los niveles de fitness, además de las clases de ejercicios grupales para todos los niveles en selectas ubicaciones.

Beneficios adicionales destacados	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Acupuntura		
Cobertura de Medicare	Paga un copago de \$50 por acupuntura cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$40 por acupuntura cubierta por Medicare.
Rutina	La acupuntura de rutina no está cubierta en este plan.	Paga un copago de \$20 por cada visita de acupuntura de rutina que no cubra Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).

*Puede aplicarse autorización previa.

Cobertura de la Parte D de Medicare

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Etapas de Cobertura Inicial	Paga los copagos indicados en las tablas que se muestran a continuación hasta que el total de los costos de sus medicamentos anuales alcance la suma de \$5,030 en 2024. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan de la Parte D. Podrá obtener sus medicamentos en las farmacias de venta al público de la red, las farmacias de venta de medicamentos especializados y las farmacias con servicio de pedido por correo. Los gastos compartidos se basan en el nivel en el que se encuentra el medicamento y en el momento en que ingresa a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los gastos compartidos adicionales que son específicos de las farmacias y las fases del beneficio, llámenos o consulte nuestro folleto de Evidencia de Cobertura. Descripciones de niveles de gastos compartidos de medicamentos con receta: ■ Nivel 1 - genérico preferido: es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. ■ Nivel 2 - genérico: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca. ■ Nivel 3 - marca preferida: incluye medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos. ■ Nivel 4 - medicamento no preferido: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos. ■ Nivel 5 - especializado: es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Período de Interrupción de la Cobertura	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare incluyen un período sin cobertura (que también se denomina “hueco de rosquilla”). Esto significa que existe un cambio temporal respecto del monto que paga por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el total de costos de medicamentos anuales (incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcance el monto de \$5,030 en 2024. Después de que comience el período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen un total de \$8,000, monto que constituye el final del período sin cobertura. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) tiene cobertura adicional.
Cobertura Catastrófica	Después de que el importe anual de sus gastos de bolsillo en medicamentos (incluyendo los medicamentos que compra por medio de farmacias de venta al público, de medicamentos especiales y farmacias con servicio de pedido por correo) alcancen el monto de \$8,000 en 2024, su plan cubrirá todos los costos.
Cobertura para residentes de centros de atención a largo plazo	Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos por medio de su farmacia, paga el mismo copago para los medicamentos con receta que adquiere en las farmacias de venta al público durante 30 días, tanto para el Plan Básico como para el Plan Mejorado.

Usted paga \$35 o menos por un suministro de un mes del nivel de costo compartido para las insulinas cubiertas por este producto.

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Farmacia de venta al público: suministro para un mes	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total	33 % del costo total
Farmacia de venta al público: suministro para dos meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94	\$94
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Pedido por correo: suministro para un mes	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total	33 % del costo total

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Pedido por correo: suministro para dos meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7	\$5
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94	\$94
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Pedido por correo: suministro para tres meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos*	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94	\$94
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Cobertura mejorada durante el período de interrupción	La cobertura durante el período de interrupción no está disponible en este plan.	Los miembros del plan mejorado que ingresan a la etapa sin cobertura (hueco de rosquilla) pagarán el copago que se indica a continuación para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos. ■ Suministro para un mes con precio al público: \$2 ■ Suministro para dos meses con precio al público: \$2 ■ Suministro para tres meses con precio al público: \$2 ■ Pedido por correo para un mes: \$2 ■ Pedido por correo para dos meses: \$2 ■ Pedido por correo para tres meses: \$2 \$2 por suministro de medicamentos para un mes fuera de la red y de medicamentos para atención a largo plazo

Usted paga \$35 o menos por un suministro de un mes del nivel de costo compartido para las insulinas cubiertas por este producto.



CONTÁCTENOS:



©2023 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es una marca registrada de NationsBenefits, LLC. Otras marcas son propiedad de sus respectivos propietarios.

SilverSneakers y el logotipo del zapato SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers GO y SilverSneakers On-Demand son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Formulario de Control Previo a la Inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene dudas, puede hablar con un representante de atención al cliente llamando al 855-290-5744 (TTY: 711).

Cómo comprender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite carefirst.com/medicareadvantage o llame 855-290-5744 para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende se encuentran en la red. Si no se encuentran en la lista, significa que seguramente deba elegir otro médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacia para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, probablemente tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las reglas importantes

- ☐ Además de la prima de su plan mensual, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su pago del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- ☐ Salvo ante emergencias o urgencias, no cubrimos servicios suministrados por proveedores que se encuentran fuera de la red (médicos que no están en la lista del directorio de proveedores).
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual:** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

¿Está listo para inscribirse en un plan Medicare Advantage? Si ya está registrado en Original Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año con una fecha de vigencia del 1 de enero. Hay excepciones que le permiten inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla si corresponde a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podría cancelar su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Hace poco me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui puesto en libertad el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir en el exterior de forma permanente. Regresé a los EE. UU. el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve mi estado de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Extra para el pago de la cobertura de medicamentos con receta Medicare (acabo de obtener Ayuda Extra, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para el pago de mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- ☐ Me voy a mudar a, vivo en, o recientemente me mudé de un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al/del centro el (introduzca la fecha) _____.

Atestación para un período de inscripción

- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ De forma involuntaria acabo de perder mi cobertura de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Voy a dejar la cobertura de mi empleador o del sindicato el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.
- ☐ Mi plan termina este contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare me inscribió en un plan (o mi estado) y quiero elegir un plan distinto. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Me inscribieron en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción del SNP el (introduzca la fecha) _____.
- ☐ Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA) o resulté afectado por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido a un desastre.
- ☐ Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
- ☐ Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un período de inscripción especial para el que califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 855-290-5744 (usuarios de TTY deberían llamar al: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual



Instrucciones del plan de Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren unirse a un plan de Medicare Advantage

Para unirse a plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en ese país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: para unirse a un plan de Medicare Advantage, también debe contar con:

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (en el caso de la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber adquirido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las cuales se le permite unirse a los planes o a cambiar de un plan a otro.

Para obtener más sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite **Medicare.gov**.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul)
- Su domicilio de residencia permanente y su número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Recordatorios:

- Si quiere unirse al plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima que se cobre en concepto de este. Puede optar por registrarse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Debe enviar el formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enrollment

P.O. Box 3236, Scranton PA 18505

Una vez que procesen su solicitud para unirse al plan, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo solicito ayuda para completar este formulario?

Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-473-0394. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-473-0394/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Reducción de Papeleo que se sancionó en 1995, no es necesario que una o varias personas respondan a una recopilación de información, salvo que esta incluya un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB que corresponde a esta recopilación de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo promedio necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluso el tiempo para analizar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, obtener los datos que sean necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los plazos estimados o tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: Funcionario de Autorización de Informes de PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los documentos que obtengamos y que no traten sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (según se describe brevemente en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede luego?" que aparece en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS
(A MENOS QUE SE LOS MARQUE COMO OPCIONALES)**

Seleccione el plan al cual desea unirse:

Área de Servicios <i>Basado en el condado en el que reside.</i>	CareFirst BlueCross BlueShield Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Enhanced (HMO)
Condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard	☐ Prima: \$14 por mes	☐ Prima: \$72 por mes
Ciudad de Baltimore, condados de Baltimore, Montgomery y Prince George	☐ Prima: \$29 por mes	☐ Prima: \$92 por mes

INFORMACIÓN DE CONTACTO

PRIMER nombre:		APELLIDO:		Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono:		Teléfono móvil (opcional):
Dirección de residencia permanente (no ingresar apartado postal):				Condado (opcional):
Ciudad:		Estado:		Código postal:
Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente (se puede ingresar apartado postal):				
Ciudad:		Estado:		Código postal:
Dirección de correo electrónico: (opcional)				

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:	Fecha de entrada en vigencia de la parte A:	Fecha de entrada en vigencia de la parte B:
---------------------	---	---

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

Nombre de otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
---------------------------	---	--------------------------------------

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES

Responder a estas preguntas depende de usted. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ No, no de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, méxico-estadounidense, chicano
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, cubano
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ **Elijo no contestar.**

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES (CONTINUACIÓN)

¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska | ☐ Negro/a o afroamericano/a |
| Asiático/a | Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico |
| ☐ Indio asiático | ☐ Guameño o Chamorro |
| ☐ Chino | ☐ Nativo hawaiano |
| ☐ Filipino | ☐ Samoano |
| ☐ Japonés | ☐ Otro isleño del Pacífico |
| ☐ Coreano | ☐ Blanco |
| ☐ Vietnamita | ☐ Elijo no contestar. |
| ☐ Otro asiático | |

Marque esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma que no es inglés.

- ☐ Español

Marque esta opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible.

- ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 855-290-5744 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indica más arriba. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos en el horario de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja?

- ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja?

- ☐ Sí ☐ No

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Para seleccionar un médico de atención primaria (PCP) en nuestra red HMO, visite **[carefirst.com/findadocmapd](https://www.carefirst.com/findadocmapd)**.

Número de identificación del médico de atención primaria (PID):

Primer nombre del PCP:

Apellido del PCP:

SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier sanción por inscripción tardía que actualmente tenga en curso o pueda adeudar en la actualidad) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos (TEF) por mes. **También puede optar por pagar la prima mediante una deducción automática de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.**

La Administración del Seguro Social le notificará si, como resultado de la evaluación, se determina que debe pagar el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Si usted tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), debe pagar este importe adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o RRB directamente le facturarán ese monto. No pague a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados podrán calificar para recibir **Ayuda Extra** para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podrá pagar los costos de sus medicamentos, que incluyen las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta **Ayuda Extra**, contacte a su oficial de Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar **Ayuda Adicional** en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si califica para recibir **Ayuda Extra** con los costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubre Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, le enviaremos una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de prima:

- ☐ Reciba una factura por correo
- ☐ Transferencia electrónica de fondos (TEF) de la cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:	Número de enrutamiento del banco:
Número de cuenta bancaria:	Tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente ☐ Caja de ahorros

- ☐ Deducción automática de su cheque mensual de cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social o la RRB puede demorar dos o más meses en comenzar a efectuarse después de que estos organismos la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por el pago de sus primas mensuales).

SECCIÓN 4: IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Debo mantener el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en el plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.
- Al unirme al plan de Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, empresa que podrá usarla para hacer el seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y cumplir otros fines permitidos por la ley federal para la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se incluye a continuación).
- Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Comprendo que, en general, las personas que tienen Medicare no cuentan con esa cobertura mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada a la que pueden acceder cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que cuando mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage comienza, debo obtener todos mis beneficios de atención médica y medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. También se cubrirán los beneficios y servicios que brinda CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y que se incluyen en mi documento "Evidencia de Cobertura" de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (que también se denomina contrato de los afiliados o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage pagarán por los beneficios o los servicios que no están cubiertos.
- La información que se incluye en el presente formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa en este formulario a sabiendas, me quitarán la inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada a actuar en mi representación) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo su contenido. En caso de que un representante autorizado la firme (según se describe más arriba), esa firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a la legislación estatal para llenar la presente inscripción.
 - 2) La documentación que la faculta a esa persona está disponible a pedido de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y complete esos campos.

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado inscrito:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) reúnen la información de los planes de Medicare para hacer el seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) y los artículos 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) N.º 09-70-0588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Para uso de la oficina/el agente únicamente	
Nombre del agente (letra de imprenta)	
NPN del agente	
Firma del agente	
Fecha de recepción inicial	
Nombre de la Organización de Marketing de Campo (FMO, por sus siglas en inglés):	
Número de identificación del plan:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:
Preferencia del período de elección: ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____	
Código/Opción de Plan	

Envíe la solicitud completa a:

CareFirst Advantage, Inc.
P.O. Box 3236
Scranton, PA 18505

O envíe un fax al: 1-855-215-6948

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Formulario de Confirmación sobre el Alcance de la Cita de Ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas para garantizar la comprensión de lo que se conversará con el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se incluya en este formulario será confidencial, y cada persona deberá completarlo junto con un agente de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el cual desea conversar con el agente. Si no desea que el agente converse con usted sobre un tipo de plan, deje la casilla sin completar.

☐ **PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)**

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare: plan de Medicare Advantage que deberá cubrir la atención médica correspondiente a la Parte A y a la Parte B. En la mayoría de las HMO, solo podrá consultar con médicos, especialistas u hospitales en la red del plan, excepto en el caso de una emergencia.

☐ **PLANES DE MEDICARE SUPPLEMENT (MEDIGAP)**

Planes de Medicare Supplement (Medigap): planes de seguros que contribuyen a pagar una parte de los gastos de bolsillo que no se hayan abonado por el plan original de Medicare (Partes A y B), tales como deducibles y montos de coseguros que correspondan a los servicios aprobados de Medicare.

Al firmar este documento, usted acepta tener una reunión de venta con el agente de ventas para conversar sobre los tipos específicos de productos en los cuales escribió sus iniciales más arriba. La persona que conversará sobre las opciones de planes con usted trabaja para un plan de medicamentos con receta o plan de atención médica de Medicare que no es el gobierno federal, y puede que reciba una remuneración en función de su inscripción en el plan. Al firmar este documento, usted NO estará obligado a inscribirse en un plan, su condición de inscripción actual o futura de Medicare no resultará afectada y tampoco será inscripto automáticamente en los planes sobre los que haya conversado.

Al brindar mi número telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas de un representante de CareFirst BlueCross BlueShield sobre los productos de Medicare Advantage, los planes de Medicare Supplement (Medigap) o los productos de Medicare Supplement al número que he proporcionado (incluya números de dispositivos móviles). Estas llamadas podrán ser realizadas mediante el uso de tecnología automatizada y no se requiere mi consentimiento para recibir las llamadas como condición para efectuar una compra.

Teléfono del Beneficiario (opcional):

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA	
Firma:	Fecha de la Firma:
Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y aclare su firma en letra de imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	Su vínculo con el beneficiario:

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	
Método Inicial de contacto (Indique aquí si el beneficiario tenía cita previa):	
Firma del agente:	NPN del agente:
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
La documentación del Alcance de Cita (SOA, por su sigla en inglés) está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS	
Si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, brinde una explicación sobre por qué el SOA no se documentó antes de la reunión:	

Page 10 of 10

Aviso de no discriminación y encarte multilingüe

(Actualizado al 5 de agosto de 2019)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits y todas sus filiales corporativas (CareFirst) cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan en función de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. CareFirst no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, alguna incapacidad o el sexo.

CareFirst:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas que tienen alguna incapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese al 1-855-290-5744.

Si considera que CareFirst no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de alguna manera en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la incapacidad o el sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst está a su disposición para ayudarlo.

Para presentar una queja formal sobre alguna violación de los derechos civiles federales, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles según se indica a continuación.

No envíe pagos, consultas sobre reclamaciones u otra documentación a esta oficina.

Coordinador de Derechos Civiles, Oficina Corporativa de Derechos Civiles

Domicilio Postal	P.O. Box 8894 Baltimore, Maryland 21224
Dirección de Correo Electrónico	civilrightscoordinator@carefirst.com
Número de Teléfono	410-528-7820
Número de Fax	410-505-2011

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica por medio del portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, que podrá encontrar en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o en forma telefónica al:

Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Podrá encontrar los formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc., licenciarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network y First Care, Inc. son licenciarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por: First Care, Inc.). Blue Cross®, Blue Shield® y Cross and Shield Symbols son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes Blue Cross and Blue Shield.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-290-5744. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-290-5744. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-290-5744。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-290-5744。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-290-5744. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-290-5744. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-290-5744 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-290-5744. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-290-5744 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-290-5744. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-290-5744. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-290-5744 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-290-5744. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-290-5744. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-290-5744. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-290-5744. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-290-5744 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



CONTÁCTENOS:



Los nombres y las marcas "World's Most Ethical Companies" y "Ethisphere" son marcas registradas de Ethisphere LLC.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc., que son licenciarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.