

# 2025 Información y Guía de inscripción

Al servicio de los residentes de Washington, D.C. y Maryland

**CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD  
ADVANTAGE COMPLETE (PPO)**

# En esta edición

- 1 ¡Bienvenido!
- 2 ¿Qué es Medicare Advantage?
- 3 Atención médica que funciona para usted
- 4 Nuestros Planes de Medicare Advantage
- 5 Obtenga más al elegir CareFirst
- 8 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)
- 10 Cobertura integral de medicamentos con receta de la Parte D
- 12 ¿Está listo para inscribirse?
- 13 Qué esperar después de inscribirse
- 14 Recursos y Formularios
- 15 Hoja de Trabajo de Comparación de Planes
- 17 Los 100 principales medicamentos con receta
- 21 Resumen de beneficios 2025: plan completo
- 33 Formulario de Control Previo a la Inscripción
- 35 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual
- 43 Formulario de Confirmación sobre el Alcance de la Cita de Ventas
- 45 Notas

# ¡Bienvenido!

Gracias por su interés en nuestro plan Medicare Advantage, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete (PPO)**. 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.

Diseñamos un plan Medicare Advantage “todo en uno” para que usted pueda mantenerse saludable y al mismo tiempo administrar sus costos de atención médica. Dentro de este folleto encontrará toda la información que necesita para inscribirse en un plan de Medicare Advantage que sea apropiado para usted.

## Qué cubrimos:

- 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



## Estamos aquí para servirle

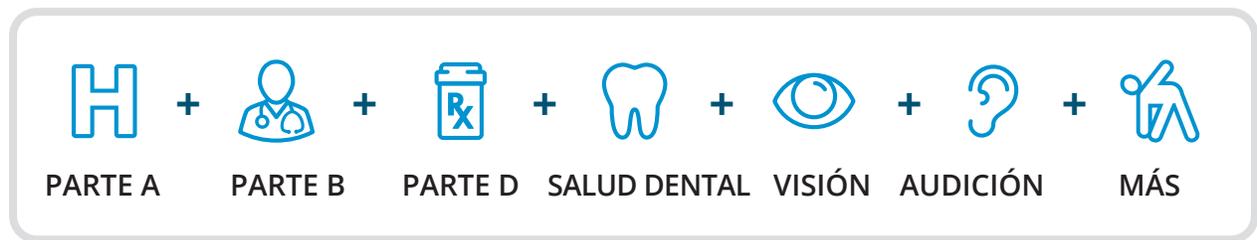
Si tiene alguna pregunta, llame al 833-473-0394 (TTY: 711) 8 a.m.–8 p.m. (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

Para obtener más información, visite [carefirst.com/medicareadvantage](https://www.carefirst.com/medicareadvantage) o llame para programar una cita individual con un agente de ventas habilitado.



# ¿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.



## Con un plan 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**—Nuestro plan tiene límites anuales en sus gastos de bolsillo.

**Beneficios adicionales que desea**—Beneficios más allá de las visitas al médico. Audición, visión, bienestar dental y más son parte del plan.

## Cobertura de medicamentos con receta

Medicare original no incluye cobertura de medicamentos recetados, también llamada Medicare Parte D. Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage incluye cobertura de medicamentos recetados sin deducible anual.



# Atención médica que funciona para usted

## Empezar con:

### 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.

## Puede agregar:

### Un 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.
- Ofrecido por las compañías de seguros privadas.

### También puedes agregar un plan de medicamentos recetados

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

## O puedes obtener:

### Un plan Medicare Advantage (Parte C)

- Incluye su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Puede incluir la Parte D de Medicare, que es cobertura de medicamentos con receta.
- Por lo general, incluye beneficios adicionales, como servicios para la vista, la audición, servicio dental, 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.
- Ofrecido por las compañías de seguros privadas.

## La ventaja es clara

Un plan Medicare Advantage puede ser más conveniente y puede ahorrarle dinero al mismo tiempo que agiliza sus primas mensuales. Además, obtiene beneficios adicionales que pueden ayudarle a ser más saludable.



# Nuestros Planes de Medicare Advantage

Nuestro plan todo en uno le brinda acceso a médicos, especialistas, hospitales, además de cobertura preventiva dental, de la vista y auditiva con una prima de **\$42 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 Washington, D.C. o en cualquier condado de Maryland.

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



## ¿Necesita más información sobre cómo inscribirse en Medicare?



Regístrese para un evento cerca de usted en [carefirst.com/medicareadvantage](https://carefirst.com/medicareadvantage). Los eventos se llevan a cabo desde mediados de octubre hasta principios de diciembre. Hable con un agente habilitado al **833-473-0394**.

# Obtenga más al elegir CareFirst

Estamos comprometidos a ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar deseados.

## Todos los planes de Medicare Advantage de CareFirst incluyen:

-  Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día
-  Servicios dentales preventivos
-  Artículos de venta libre
-  Acceso a una gran selección de farmacias en todo el país
-  Servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo
-  Acondicionamiento físico SilverSneakers®
-  Programa de cuidados paliativos
-  Visitas de telesalud con proveedores dentro de la red
-  Servicios dentales integrales
-  Exámenes de la vista de rutina y lentes y accesorios por medio de los proveedores Davis Vision
-  Examen de audición y audífonos por medio de NationsHearing®
-  Healthy Rewards (un programa de bienestar y salud)
-  Evaluación en el hogar
-  Transporte

## Cobertura nacional en la que puede confiar

Ser miembro de CareFirst le brinda la tranquilidad de que siempre tendrá acceso a la atención que necesita, cerca y lejos. Tiene acceso a una sólida red de proveedores dentro de nuestra área de servicio: Maryland y Washington D.C. Además, tiene acceso a todos los planes BlueCross BlueShield en todo el país para servicios dentro de la red si alguna vez necesita atención fuera de nuestra área de servicio.



## Telesalud

¿Necesita reunirse con proveedores desde su casa? Con nuestro plan tiene opciones para citas de audio y video.

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.

## Atención dental preventiva e integral

Una boca saludable es señal de un cuerpo saludable. Nuestro beneficio dental preventivo cubre exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y radiografías dentales tres veces al año.

Nuestros planes cuentan con servicios dentales integrales (como cobertura de dentaduras postizas) con un gasto cubierto por el plan y copagos transparentes.

## Exámenes de la vista, lentes y accesorios

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 Davis Vision incluye Visionworks, Target, Walmart, Costco, MyEyeDr, Pearle Vision y más!

## Audífonos y exámenes

Exámenes de audición de rutina sin costo, adaptación y evaluación de audífonos y copagos bajos para audífonos.

## Acondicionamiento físico SilverSneakers®

Sin ningún costo adicional, tendrá acceso a miles de gimnasios en los EE. UU., así como clases virtuales.

- **Clases de acondicionamiento físico:** SilverSneakers ofrece clases de acondicionamiento físico para todos los niveles, 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 de Asesoramiento de Enfermería 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.

## Artículos de venta libre

Una asignación trimestral para artículos de venta libre a través de un proceso de pedido por correo de fácil acceso.

**Los ejemplos incluyen:**

- Medicamentos para el resfriado, la gripe y las alergias.
- Primeros auxilios,
- Suministros para la incontinencia,
- Ayuda para dormir
- ¡Vitaminas y mucho más!

## Transporte

Todos los planes incluyen transporte no urgente a lugares relacionados con la atención médica (consultorio médico, farmacia y más).

## 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.

## Programa de recompensas saludables

Los cuidados preventivos desempeña un papel importante para mantenerse sano. Los afiliados pueden ganar \$290 en recompensas saludables cuando completen estas pruebas exploratorias:

- Evaluación del riesgo para la salud
- Visitas anuales de bienestar
- Vacuna antigripal anual
- Detección de cáncer colorrectal en el hogar
- Examen de detección de cáncer de mama
- Prueba de detección de la diabetes HbA1c
- Examen de retina para diabéticos
- Evaluación en el hogar



## ¿Sus médicos participan en nuestros planes Medicare Advantage?



¡Tenemos más de 7000 proveedores en nuestra red! Explore nuestra red Medicare Advantage con nuestra herramienta *Buscar un médico*. Es fácil y rápido:

- Visita [carefirst.com/findadocmappo](https://carefirst.com/findadocmappo)
- Ingrese su ciudad y estado, o código postal
- Navegue por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

# CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

¿Busca un plan con copagos más bajos y que tenga beneficios adicionales no cubiertos por Medicare?

El plan **Complete** ofrece copagos más bajos y mayores asignaciones para artículos dentales, de la vista, de venta libre y más.

El plan también incluye recompensas para los miembros por completar pruebas exploratorias anuales y transporte (10 viajes de ida) para citas médicas.

## Aspectos Destacados del Plan

- Prima mensual de \$42
- Sin deducible médico o por medicamentos con receta
- Servicios dentales preventivos; odontología integral \$1500
- \$200 de gasto cubierto para lentes y accesorios; \$250 de gasto cubierto para lentes de contacto
- Exámenes de audición de rutina
- Cobertura de rutina para acupuntura, quiropráctico y podología
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Red amplia de proveedores
- Coseguro del 40 % para la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.



## ¿Quién podría elegir el plan Complete? Conoce a Terence



Terence utiliza su seguro de salud regularmente. Consulta a distintos especialistas para controlar su afección crónica y toma tres medicamentos con receta. Está interesado en mejorar su salud y busca beneficios de bienestar adicionales en su plan.

Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete** puede ser adecuado para Terence. Tendrá acceso a beneficios como atención dental integral, acupuntura y atención quiropráctica, programas de acondicionamiento físico y más.

## CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

### Prima Mensual

# \$42

Deducible médico: \$0

Deducible anual por medicamentos: \$0

Límite máximo de gastos de bolsillo:  
\$7300 dentro de la red / \$12 300  
combinados dentro y fuera de la red

### Niveles de medicamentos (suministro para un mes):

- Nivel 1 (genérico preferido): \$0
- Nivel 2 (genérico): \$10
- Nivel 3 (marca preferida): \$47\*
- Nivel 4 (medicamento no preferido): coseguro del 40 %\*
- Nivel 5 (especialidad): coseguro del 33 %\*

### Copagos de Beneficios Destacados:

- Consulta con proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): \$0
- Consulta con un especialista: \$35
- Consulta de atención de urgencia: \$20
- Visita a la sala de emergencias: \$100
- Permanencia en el hospital para paciente internado  
Días 1 a 5—\$350 por día  
Días 6 a 90—\$0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$275
- Centro quirúrgico ambulatorio: \$185
- Estadía en un Centro de Cuidados Especializados  
Días 1 a 20—\$0 por día  
Días 21 a 100—\$180 por día
- Examen auditivo de rutina: \$0
- Examen oftalmológico de rutina: \$0
- Odontología preventiva: limpiezas, exámenes bucales, radiografías y tratamiento con flúor: \$0
- Cobertura dental integral (coronas, dentaduras postizas, implantes y más) con un máximo anual de \$1500 (de \$15 a \$700)

### Área de servicios

Maryland y Washington, D.C.

Para obtener más detalles del plan, consulte el Resumen de beneficios en la página 21.

\* Nunca pagará más de \$35 al mes por insulina cubierta.

# Cobertura integral de medicamentos con receta de la Parte D

Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete** incluye cobertura de medicamentos recetados SIN deducible anual. Además, se incluye la cobertura de medicamentos de farmacia en centros de atención a largo plazo.

	<b>Complete</b>
	Copago de farmacia de venta al público para suministro para un mes*
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos*	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos*	\$10
Nivel 3: Marca Preferida	\$47—Nunca pagará más de \$35 al mes por insulina cubierta.
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	Coseguro del 40 %: nunca pagará más de \$35 al mes por insulina cubierta.
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	Coseguro del 33 %: nunca pagará más de \$35 al mes por insulina cubierta.

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

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

## Ahorre con el pedido por correo

Es fácil y conveniente: puede renovar sus recetas en línea o por teléfono. Al igual que su farmacia de venta al público, los farmacéuticos registrados están disponibles para consultas.

## Al igual que con cualquier plan de la Parte D, lo que pagará depende de algunas cosas

### ¿Sus medicamentos con receta se encuentran en el formulario de CareFirst?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por nuestros planes. Busque nuestro formulario en [carefirst.com/medicareadvantage](https://carefirst.com/medicareadvantage). O llámenos al 833-473-0394 y solicite 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 comodidad, hemos incluido una lista de los 100 medicamentos con receta a los inscritos de Medicare Original en el estado de Maryland en la página 17.

### ¿Cuáles farmacias se encuentran en la red de CareFirst?

Tendrá acceso a una amplia red de farmacias independientes y grandes cadenas en todo el país, incluidas CVS, Walmart, Safeway, Sam's Club, Costco, Medicine Shoppe Pharmacy, Giant, Harris Teeter, Weis y Wegmans.

## ¿En qué etapa del ciclo del medicamento con receta se encuentra?

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

- **Etapa 1: Deducible**  
Dado que nuestro plan tiene un deducible de \$0, omitirá esta etapa.
- **Etapa 2: Límite de cobertura inicial**  
Pagará copagos o coseguros por los medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de sus medicamentos, más los pagos del plan, superen los \$2000 en 2025.
- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**  
Después de que sus costos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia de venta al público y por correo) alcancen los \$2000 en 2025, su plan cubrirá todos los costos de los medicamentos de la Parte D.

**90%**

de las personas en el área de servicio de CareFirst BlueCross BlueShield viven a dos millas de una farmacia participante.



# ¿Está listo para inscribirse?

## PASO 1

### Compare los planes y la cobertura.

Utilice la hoja de trabajo en la página 15 de este folleto o llámenos al 833-473-0394 para obtener una revisión de beneficios gratuita y personalizada que lo ayudará a determinar qué plan se adapta mejor a sus necesidades.

## PASO 2

### Seleccione un plan que se ajuste a sus necesidades de salud y presupuesto

¿Planea conservar a su médico o especialistas actuales? Confirme si están en nuestra red Medicare Advantage.

- Visite [carefirst.com/findadocmappo](https://carefirst.com/findadocmappo)
- Ingrese su ciudad y estado, o su código postal
- Navegue por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades

## PASO 3

### Solicite en línea, por teléfono, fax o por correo postal

- **Por Internet:** Nuestro formulario seguro en línea lo guía a través del proceso de inscripción paso a paso. ¡Es fácil! Vaya a [carefirst.com/medicareadvantage](https://carefirst.com/medicareadvantage).
- **Teléfono:** Obtenga ayuda de inscripción personalizada de un agente de ventas habilitado al 833-473-0394 (TTY: 711). Estamos disponibles 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. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.
- **Por correo:** Complete el formulario de inscripción incluido en este folleto y envíelo por correo a:  
CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage  
CareFirst Advantage, Inc.  
Correspondencia de inscripción  
P.O. Apartado Postal 3236  
Scranton, PA 18505
- **FAX:** 855-215-6948



## Qué 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 un correo electrónico para confirmar que hemos recibido su formulario de inscripción. También le informaremos a Medicare que ha solicitado unirse a nuestro plan.

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.

**Poco después**, le enviaremos por correo su paquete de bienvenida para nuevos miembros. 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 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete**. Simplemente ingrese la información de su plan a continuación y vea si puede ahorrar cambiándose a nuestro plan.

	Plan Actual	Complete
Prima mensual	\$	\$42
Deducible médico	\$	\$0
Deducible de farmacia	\$	\$0
Máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos	\$	\$7,300 / \$12,300
Copago por visita al proveedor de atención primaria	\$	\$0
Copago por visita al especialista	\$	\$35
Copago por visita de atención de urgencia	\$	\$20
Copago por examen de la vista de rutina	\$	\$0
Copago por servicios dentales preventivos	\$	\$0
Copago por servicios dentales integrales	\$	De \$15 a \$700
Gasto cubierto en servicio dental integral	\$	\$1, 500
Copago por exámenes de audición de rutina	\$	\$0
Afiliación a un gimnasio/centro de acondicionamiento físico	\$	\$0
Copago de medicamento con receta Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$	\$0

**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 y Washington DC. 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 a los planes Advantage Essential (PPO) de CareFirst BlueCross BlueShield y Advantage Complete de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (PPO). Para obtener un listado completo, los límites de las recetas y los requisitos de autorización previa, visite [carefirst.com/medicareadvantage](http://carefirst.com/medicareadvantage) o llame al 833-473-0394. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos recetados está sujeta a cambios.

Nombre del Medicamento	Niveles de PPO individuales para 2025
Sulfato de Albuterol Hfa	3
Alendronato de Sodio	1
Alopurinol	1
Alprazolam	2
Besilato de amlodipina	1
Amoxicilina	1
Amoxicilina-clavulanato de potasio	Píldora: 2 o 3 Suspensión: 3 o 4
Aripiprazol	4
Atenolol	1
Atorvastatina Calcio	1
Azitromicina	Tableta: 1 Suspensión: 3
Baclofeno	2
Mesilato de benztropina	2
Bupropión XI	2
Clorhidrato de Bupirona	1 o 3
Carvedilol	1
Celecoxib	3
Cefalexina	Cápsula: 1 Suspensión: 3
Clorhidrato de Ciprofloxacina	1
Hidrobromuro de Citalopram	Tableta - 1 Solución oral: 3
Clonazepam	2
Clorhidrato de Clonidina	1
Clopidogrel	1

Nombre del Medicamento	Niveles de PPO individuales para 2025
Clorhidrato de ciclobenzaprina	3
Diclofenaco Sódico	Tableta de liberación retardada: 2 Tableta de liberación prolongada: 3 Gel: 3
Divalproato sódico	Tableta de liberación retardada: 2 Tableta de liberación prolongada: 3 Cápsula: 4
Clorhidrato de donepezilo	2
Hiclato de doxiciclina	3
Clorhidrato de duloxetina	3
Eliquis	3
Oxalato de Escitalopram	Tableta: 1 Solución Oral: 4
Ezetimibe	3
Famotidina	Tableta: 1 Suspensión: 4
Finasterida	1
Hiclato de fluoxetina	Cápsula: 1 Solución Oral: 3
Propionato de Fluticasona	Suspensión nasal: 2 Crema/ungüento: 3
Furosemida	Píldora: 1 Solución oral: 2
Gabapentina	Cápsula/tableta: 2 Solución oral: 3
Glimepirida	1
Glipizida	1
Clorhidrato de Hidralazina	1
Hidroclorotiazida	1
Hidrocodona/Acetaminofén	Tableta: 3 Suspensión: 4
Clorhidrato de Hidroxizina	3
Ibuprofeno	Tableta: 1 Suspensión: 3
Januvia	3
Jardiance	3
Ketoconazol	Champú: 2 Tableta/Crema: 3
Lamotrigina	Tableta: 1 Tableta de liberación prolongada: 4
Lantus Solostar	No figura en el formulario

Nombre del Medicamento	Niveles de PPO individuales para 2025
Latanoprost	1
Levetiracetam	Tableta: 2 Tableta de liberación prolongada - 3 Solución oral: 3
Levotiroxina Sódica	2
Lisinopril	1
Lisinopril e Hidroclorotiazida	1
Lorazepam	Tableta: 2 Solución oral: 3
Losartán potásico	1
Losartán-hidroclorotiazida	1
Meloxicam	1
Clorhidrato de memantina	Tableta: 3 Cápsula de liberación prolongada/Solución oral: 4
Clorhidrato de Metformina	1
Clorhidrato de Metformina de liberación prolongada	1
Metilprednisolona	Paquete de terapia: 2 Tableta: 3
Succinato de Metoprolol	1
Tartrato de Metoprolol	1
Mirtazapina	2 o 3
Montelukast Sódico	1
Myrbetriq	4
Nifedipina de liberación prolongada	3
Nitrofurantoína Mono-Macro	3
Olanzapina	2
Omeprazol	1
Clorhidrato de Oxidodona	Tableta: 3 Solución oral: 4
Oxidodona-Acetaminofén	3
Pantoprazol Sódico	1
Cloruro de potasio	Cápsula o tableta: 2 Solución oral: 4
Pravastatina Sódica	1
Prednisona	Tableta: 1 Paquete terapéutico: 3 Solución oral: 4
Pregabalina	Cápsula: 3 Solución oral: 4

Nombre del Medicamento	Niveles de PPO individuales para 2025
Fumarato de quetiapina	Tableta: 2 Tableta de liberación prolongada: 4
Risperidona	Tableta: 2 Solución oral: 3
Rosuvastatina de calcio	1
Clorhidrato de Sertralina	Tableta: 1 Solución oral: 3
Shingrix	1
Simvastatina	1
Espironolactona	1
Trimetoprima/Sulfametoxazol	Tableta: 1 Suspensión: 3
Synthroid	4
Clorhidrato de tamsulosina	1
Clorhidrato de tizanidina	2
Clorhidrato de Tramadol	2
Clorhidrato de Trazodona	1
Trelegy Eliipta	3
Acetónido de Triamcinolona	Crema/ungüento: 2 Loción/pasta dental: 3
Trulicity	3
Valsartán	1
Clorhidrato de venlafaxina de liberación prolongada	Cápsula de liberación prolongada: 2 Tableta: 3
Warfarina sódica	1
Xarelto	3
Tartrato de Zolpidem	2

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO que posee 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 PPO Inc., un 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 and Blue Shield.

2025

# Resumen de beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage  
Complete (PPO)

H7379-002

**Del 1 de enero de 2025 al  
31 de diciembre de 2025**

- Llame al 833-536-2001 (TTY:711)
- 8am-8pm EST los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

[www.carefirst.com/medicareadvantage](http://www.carefirst.com/medicareadvantage)

# Resumen de beneficios 2025

## CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete PPO del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios proporcionada no menciona cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el documento "Evidencia de cobertura" o encuentre una copia en línea en [www.carefirst.com/medicareadvantage](http://www.carefirst.com/medicareadvantage).

Este plan tiene un Directorio de proveedores con todos los proveedores de la red al cual se puede acceder en [www.carefirst.com/medicareadvantage](http://www.carefirst.com/medicareadvantage).

### ¿Quién es elegible para nuestros planes?

Toda persona que reúna los requisitos para la Parte A de Medicare, que esté inscrita en la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicio. El área de servicio de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage incluye los siguientes condados de Maryland: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Queen Anne's, St. Mary's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico, Worcester y el Distrito de Columbia.

### Comprender sus opciones

Las opciones de beneficios de Medicare están disponibles a través de Original Medicare, que está administrada por el gobierno federal. Otra opción es inscribirse en los beneficios de Medicare a través de un plan de salud de Medicare Advantage como CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. La herramienta "Plan Finder" (Buscador de planes) de Medicare está disponible en [medicare.gov](http://medicare.gov). Además, puede consultar el manual "Medicare y Usted" gratis en el mismo sitio web. Los manuales impresos están disponibles según pedido, para solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Este documento está disponible en otros formatos, como español, braille o letra grande.

### Farmacia

Por lo general, debe usar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Puede ver el Directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web [www.carefirst.com/medicareadvantage](http://www.carefirst.com/medicareadvantage). O, llámenos y le enviaremos una copia del Directorios de farmacias.

### ¿Desea obtener más información?

Para obtener más información, llámenos al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en [www.carefirst.com/medicareadvantage](http://www.carefirst.com/medicareadvantage).

## Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>		\$42
<b>Deducible</b>		\$0
<b>Responsabilidad del gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</b>	\$7,300	\$12,300 (combinado con dentro de la red)
<b>Cobertura de hospitalización</b>		
<b>Cobertura de hospitalización cubierta por Medicare*</b>	\$350 de copago por los días del 1-5; \$0 de copago los días del 6-90. Nuestro plan cubre 90 días por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se aplica la reserva de por vida.	40% de coseguro
<b>Cobertura de hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare*</b>	\$250 de copago para los días 1-5; \$0 de copago para los días 6-90	40% de coseguro
<b>Cobertura de hospitalización para paciente ambulatorio</b>		
<b>Cobertura de hospitalización para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida cirugía*</b>	\$275 de copago	40% de coseguro
<b>Servicios de observación en hospitalización para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare*</b>	\$275 de copago	40% de coseguro
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)* cubierto por Medicare</b>	\$185 de copago	40% de coseguro
<b>Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)</b>		
<b>Proveedores de atención primaria (PCP) cubiertos por Medicare</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Servicio de especialista cubierto por Medicare*</b>	\$35 de copago	40% de coseguro

## Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Atención preventiva cubierta por Medicare</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b>	\$100 de copago	\$100 de copago
<b>Servicios requeridos urgentemente cubiertos por medicare</b>	\$0 de copago por consulta virtual; \$20 de copago por visita al consultorio	\$20 de copago
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b>		
<b>Procedimientos y pruebas cubiertos por Medicare*</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare*</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Servicios de diagnóstico por imágenes (p. ej., CT, MRI) cubiertos por Medicare*</b>	\$175 de copago	40% de coseguro
<b>Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare*</b>	\$80 de copago	40% de coseguro
<b>Radiografías cubiertas por Medicare*</b>	\$20 de copago	40% de coseguro
<b>Servicios de audición</b>		
<b>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare</b>	\$20 de copago	40% de coseguro
<b>Exámenes de audición de rutina</b>	\$0 una vez al año	40% de coseguro
<b>Audífonos</b>	\$400 a \$1,875 de copago por audífono	
<b>Servicios dentales</b>		
<b>Servicio dental integral cubierto por Medicare*</b>	\$40 de copago	40% de coseguro
<b>Servicio dental preventivo</b>	\$0 de copago	40% de coseguro

## Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura dental integral adicional</b>	Asignación anual de \$1,500 para servicios dentales integrales	40% de coseguro
<b>Servicios de la visión</b>		
<b>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo cubierto por Medicare</b>	\$20 de copago	40% de coseguro
<b>Prueba de glaucoma preventiva cubierta por Medicare</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Anteojos o lentes de contacto, posterior a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare*</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Examen de ojo diabético cubierto por Medicare</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Examen de la vista de rutina</b>	\$0 de copago una vez al año	40% de coseguro
<b>Asignación para anteojos</b>	<p><b>Cobertura adicional para anteojos:</b></p> <p>Anteojos (marcos y lentes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ los marcos seleccionados comprados en la colección exclusiva de Davis Vision se cubrirán en su totalidad a través de nuestro proveedor.</li> <li>■ Asignación de \$200 para cualquier otro marco al año.</li> <li>■ Las lentes de visión única, bifocales, trifocales y lenticulares tienen \$10 de copago por cada tipo de lente anualmente.</li> </ul> <p>Lentes de contacto (médicos y optativos):</p>	40% de coseguro; máximo de \$200

## Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ si los lentes de contacto son necesarios por razones médicas, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision.</li> <li>■ Asignación de \$250 para lentes de contacto optativos al año.</li> <li>■ La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto están cubiertos en su totalidad para los lentes de contacto estándar y hasta un reembolso de \$60 para los contactos especializados.</li> </ul> <p>Los servicios de rutina/no cubiertos por Medicare no cuentan para su desembolso máximo (MOOP).</p>	
<b>Servicios de salud mental</b>		
<b>Servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare*</b>	\$5 de copago	40% de coseguro
<b>Visitas al consultorio grupales e individuales cubiertas por Medicare</b>	\$5 de copago para sesiones de salud mental individuales o grupales	40% de coseguro
<b>Centro de enfermería especializado (SNF) cubierto por Medicare*</b>	\$0 los días del 1-20, \$180 los días del 21-100	40% de coseguro
<b>Fisioterapia cubierta por Medicare*</b>	\$5 de copago	40% de coseguro
<b>Servicio de ambulancia por tierra cubierto por Medicare*</b>	\$200 de copago	40% de coseguro
<b>Servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare*</b>	\$200 de copago	40% de coseguro
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 10 viajes de ida o de vuelta	

## Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare*</b></p> <p><i>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de distribución de costos en que se encuentre.</i></p>	0 a 20% de coseguro	40% de coseguro

\*Es posible que se requiera autorización previa

### Parte D

Beneficios de medicamentos recetados	
<b>Deducible anual para medicamentos recetados</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos recetados. Su cobertura comienza en la Etapa de Cobertura Inicial
<b>Etapa de Cobertura Inicial</b>	En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo y usted paga su copago o coseguro. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el costo total de sus medicamentos del año hasta la fecha alcanza los \$2,000. Luego, pasará a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe.
<b>Cobertura en caso de Catástrofe</b>	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
<b>Cobertura para residente en un centro de atención a largo plazo</b>	Si vive en un centro de cuidado a largo plazo y obtiene sus medicamentos de su farmacia, paga los mismos copagos que medicamentos recetados comprados en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.

## Resumen de beneficios 2025

<b>Beneficios de medicamentos recetados</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Distribución de costo estándar en minoristas (suministro de 30 días)</b>	<b>Distribución de costos en farmacias de envío por correo (suministro de 30 días)</b>
<b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</b>	\$10 de copago	\$10 de copago
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>	\$47 de copago	\$47 de copago
<b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>	40% de coseguro	40% de coseguro
<b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>	33% de coseguro	33% de coseguro

## Resumen de beneficios 2025

<b>Beneficios de medicamentos recetados</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Distribución de costo estándar en minoristas (suministro de 60 días)</b>	<b>Distribución de costos en farmacias de envío por correo (suministro de 60 días)</b>
<b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</b>	\$10 de copago	\$10 de copago
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>	\$94 de copago	\$47 de copago
<b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>	40% de coseguro	40% de coseguro
<b>Nivel</b>	<b>Distribución de costo estándar en minoristas (suministro de 100 días)</b>	<b>Distribución de costos en farmacias de envío por correo (suministro de 100 días para Niveles 1-3) (suministro de 90 días para Nivel 4)</b>
<b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos*</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos*</b>	\$10 de copago	\$10 de copago
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos*</b>	\$141 de copago	\$47 de copago
<b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>	40% de coseguro	40% de coseguro

## Resumen de beneficios 2025

Beneficios adicionales	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Línea directa de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas</b>	\$0 de copago	
<b>Acupuntura de rutina</b>	\$10 de copago ; 24 consultas por año	40% de coseguro
<b>Examen físico anual</b>	\$0 de copago	40% de coseguro
<b>Atención quiropráctica de rutina</b>	\$5 de copago ; 12 consultas por año	40% de coseguro
<b>Equipo médico duradero (por ejemplo sillas de rueda, oxígeno) *</b>	20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Dispositivos protésicos (p. ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)*</b>	20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Acondicionamiento físico (SilverSneakers)</b>	\$0 de copago	
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	\$55 por trimestre	
<b>Cuidado de los pies de rutina</b>	\$5 de copago, 12 consultas por año	40% de coseguro
<b>Evaluación en el hogar</b>	\$0 de copago	
<b>Programa de recompensas y servicios y artículos de valor agregado</b>		
<b>Programa de recompensas saludables</b>	Los miembros pueden ganar entre \$20 y \$50 en recompensas saludables por completar exámenes de detección y pruebas preventivas seleccionadas. Máximo total \$290	
<b>Blue365</b>	Si se inscribe en el plan, tendrá acceso como miembro a Blue365: descuentos y ofertas a nivel local y nacional en bienestar, acondicionamiento físico, viajes, ropa y otros artículos y servicios.	

*\*Es posible que se requiera autorización previa*

**Dejado en blanco intencionalmente**



COMUNÍQUESE CON NOSOTROS



SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Davis Vision es una compañía independiente que proporciona servicios administrativos para la atención de la visión a los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. y ofrece una amplia red nacional de optometristas, oftalmólogos y ópticos. Davis Vision solo es responsable por los servicios que proporciona.

© 2000–2018 Blue Cross and Blue Shield Association— Todos los derechos reservados. Blue Cross and Blue Shield Association le ofrece el programa Blue365. Blue Cross and Blue Shield Association es una asociación independiente, operada a nivel local por las compañías Blue Cross y/o Blue Shield. Blue365 ofrece acceso a ahorros en productos y servicios de salud, bienestar y otros artículos interesantes que los miembros pueden comprar en proveedores independientes, que no son beneficios cubiertos por las pólizas de Blue Company local, sus contratos con Medicare, o cualquier otro programa de atención médica federal aplicable. Estos productos se ofrecen durante todo el año de beneficio. Durante el año, los proveedores independientes pueden ofrecer descuentos adicionales para estos productos y servicios. Para saber qué está cubierto en sus pólizas, comuníquese con su Blue Company local. Los productos y servicios descritos en el sitio no se ofrecen ni están garantizados por un contrato de Blue Company con el programa de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa relacionada con productos y servicios del seguro de salud puede estar sujeta al proceso de presentación de quejas de Blue Company. BCBSA puede recibir pagos de proveedores que proporcionen productos y servicios o a los que se accedan a través del sitio. Ni BCBSA ni Blue Company recomiendan, respaldan, garantizan ni aseguran ningún producto o servicio de un proveedor específico disponible en o a través del sitio o Programa Blue365

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

# 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 **833-536-2001** (TTY:711).

- 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](https://carefirst.com/medicareadvantage) o llame al 833-536-2001 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden están en la red. Si no se encuentran en la lista, significa que seguramente deba elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacias 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 abonando la prima de su Medicare Parte B. 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 2025.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención.
- 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, sería conveniente que cancele su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO que posee 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 PPO Inc., un 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

# Formulario de Solicitud de Inscripción Individual



Medicare Advantage

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 un 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](https://www.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 complete.

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.

## 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 833-536-2001. 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.

<b>SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE LOS MARQUE COMO OPCIONALES)</b>			
Seleccione el plan al cual desea unirse:			
<b>Área de Servicio</b> <i>Basado en el condado en el que reside.</i>		<b>Plan y prima</b>	
<b>MARYLAND:</b> Allegany, Anne Arundel, Carolina, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Howard, Harford, Kent, Montgomery, Prince George, Queen Anne, Talbot, Calvert, Frederick. Santa María, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.  <b>No disponible en la ciudad de Baltimore ni en el condado de Baltimore.</b>		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO) <input type="radio"/> Prima: \$0 por mes	
<b>MARYLAND:</b> Allegany, Anne Arundel, Baltimore, ciudad de Baltimore, Carolina, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Howard, Harford, Kent, Montgomery, Prince Georges, Queen Anne's, Talbot, Calvert, Frederick. St Mary's, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) <input type="radio"/> Prima: \$42 por mes	
<b>DISTRITO DE COLUMBIA:</b>		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) <input type="radio"/> Prima: \$42 por mes	
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>			
NOMBRE de pila:		APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Número de teléfono	Teléfono celular (opcional):
Dirección de residencia permanente (Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección permanente.):			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)			
<b>SU INFORMACIÓN DE MEDICARE</b>			
Número de Medicare:		Fecha de entrada en vigencia de la parte A:	Fecha de entrada en vigencia de la parte B:
<b>RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES</b>			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre de otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:		Número de grupo para esta cobertura:

**INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN**

**Normalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que le permiten inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Por favor, lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente, y  **marque la casilla** si la afirmación se aplica a usted. 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.

<input type="checkbox"/>	Soy nuevo en Medicare.
<input type="checkbox"/>	Voy a realizar un cambio durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) del 1 de enero al 31 de marzo.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (introduzca la fecha)_____.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente obtuve mi estado de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el (introduzca la fecha)_____.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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 he mudado/me mudaré a/desde el centro el (insertar fecha)_____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente dejé un programa PACE el (introduzca la fecha)_____.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	Voy a dejar la cobertura de mi empleador o del sindicato el (introduzca la fecha)_____.
<input type="checkbox"/>	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.
<input type="checkbox"/>	Mi plan termina este contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	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)_____.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito en un plan que ha sido identificado con el icono de bajo rendimiento (LPI).

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN	
	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 calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al <b>844-331-6334 (TTY: 711)</b> para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, 7 días a la semana de 8 a. m a 8 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m a 8 p. m.	

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES	
<b>Responder a estas preguntas depende de usted. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.</b>	
¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todas las opciones que correspondan.	
<input type="radio"/> No, no de origen hispano, latino o español <input type="radio"/> Sí, mexicano, méxico-estadounidense, chicano <input type="radio"/> Sí, puertorriqueño. <input type="radio"/> Sí, cubano <input type="radio"/> Sí, otro origen hispano, latino o español. <input type="radio"/> <b>Prefiero no responder</b>	
¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.	
<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Indio asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Guameño o chamorro <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Otro asiático <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico <input type="radio"/> Samoano <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <b>Prefiero no responder</b>	
¿Cuál es su género? Seleccione una opción.	
<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Utilizo un término diferente: _____ <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> <b>Prefiero no responder</b> <input type="radio"/> No binario	
¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de si mismo? Seleccione una opción.	
<input type="radio"/> Lesbiana o gay <input type="radio"/> Utilizo un término diferente: _____ <input type="radio"/> Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana. <input type="radio"/> No lo sé. <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> <b>Prefiero no responder</b>	
Marque esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma que no es inglés.	
<input type="radio"/> Español	
Marque esta opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible.	
<input type="radio"/> Braille <input type="radio"/> Letra grande <input type="radio"/> CD de audio <input type="radio"/> CD de datos	
Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-536-2001 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indica más arriba. Atendemos en el horario 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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**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 los 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](http://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:**

- Recibir una factura por correo
- Transferencia electrónica de fondos (TEF) de la cuenta bancaria todos los meses. Autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir la prima mensual de mi plan de mi cuenta bancaria. Entiendo que el débito de mi cuenta se realizará el día 5 de cada mes o el siguiente día bancario. 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: <input type="radio"/> Comprobando <input type="radio"/> Guardando

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o 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).

**Por la presente autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir de mi cuenta indicada anteriormente mi prima mensual del plan y cualquier multa por inscripción tardía, según corresponda.**

**Este acuerdo de autorización entra en vigencia a partir de la fecha de la firma que figura a continuación y permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage haya recibido de mi parte una notificación por escrito sobre su terminación en el momento y la manera adecuados para brindarle a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y a la Institución Financiera una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Si la información de mi institución financiera cambia, acepto enviar a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage un Acuerdo de autorización de EFT actualizado. Las transacciones EFT se realizarán el día 5 de cada mes por el monto del saldo adeudado en primas mensuales del plan y multas por inscripción tardía, si corresponde, para el mes actual.**

**Cómo cancelar el retiro automático:**

Las solicitudes de terminación deben recibirse antes de que finalice el mes anterior a la fecha de terminación (por ejemplo: La terminación es el 1 de octubre por lo que la solicitud debe recibirse antes del 30 de septiembre). Su retiro automático no se detendrá a menos que la solicitud de terminación se reciba antes del final del mes anterior al próximo retiro. Las solicitudes de terminación se pueden enviar por fax al 855-215-6947 o por correo postal a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Atención: Premium Billing, P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505 Las solicitudes de terminación se procesarán en el orden en que se reciban. Usted será responsable de cualquier cargo en el que incurra su banco, como por ejemplo fondos insuficientes (NSF).

**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).
- 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, 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.
- 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:

**SECCIÓN 5—SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDAN AL AFILIADO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre:	Relación con el afiliado:
Firma	Número de productor nacional (solo agentes/corredores):

**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.

<b>Para uso de la oficina/el agente únicamente</b>	
Fecha de recepción inicial	
Nombre de la Organización de Marketing de Campo (FMO, por sus siglas en inglés):	
N.º 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 PPO que posee 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 PPO Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS<sup>®</sup>, BLUE SHIELD<sup>®</sup> 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.

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

# Formulario de Confirmación sobre el Alcance de la Cita de Ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren a los agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas para asegurarse de que comprenden lo que conversarán 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 sobre un tipo de plan con usted, deje la casilla sin completar.

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

**Organización de proveedores preferidos de Medicare (PPO):** un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, a veces, tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales en red, pero también puedes utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

**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 abonaron con el plan original de Medicare (Partes A y B), tales como deducibles y montos de coseguros que corresponden a los servicios aprobados de Medicare.

**PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE MEDICARE (SNP)**

**Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP)—**Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Ejemplos de grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA**

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 el (los) plan(es) sobre el (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.

<b>FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA</b>	
Teléfono del beneficiario (opcional):	
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 relación con el beneficiario:

<b>A SER COMPLETADO POR EL AGENTE:</b>	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	
Método Inicial de contacto (Indique aquí si el beneficiario tenía cita previa):	
Firma del agente:	Agente NPN:
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:	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage, Inc. CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc. 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.). CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., CareFirst Advantage DSNP, Inc., CareFirst Community Partners, Inc., CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia, First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS<sup>®</sup>, BLUE SHIELD<sup>®</sup> 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 and Blue Shield.



# Notice of Nondiscrimination and Multi-Language Insert

(Updated 8/5/19)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits and all of their corporate affiliates (CareFirst) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. CareFirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

CareFirst:

- Provides free aid and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

**If you need these services, please call 1-833-536-2001.**

If you believe CareFirst has failed to provide these services, or discriminated in another way, on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with our CareFirst Civil Rights Coordinator by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our CareFirst Civil Rights Coordinator is available to help you.

**To file a grievance regarding a violation of federal civil rights, please contact the Civil Rights Coordinator as indicated below. Please do not send payments, claims issues, or other documentation to this office.**

## **Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights**

Mailing Address	P.O. Box 8894 Baltimore, Maryland 21224
Email Address	<a href="mailto:civilrightscordinator@carefirst.com">civilrightscordinator@carefirst.com</a>
Telephone Number	410-528-7820
Fax Number	410-505-2011

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., and CareFirst Advantage DSNP, Inc., independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

## 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 1-833-536-2001. 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 1-833-536-2001. 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 1-833-536-2001。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 1-833-536-2001。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-536-2001. 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 1-833-536-2001. 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 chýõng sức khỏe và chýõng trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-536-2001 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 1-833-536-2001. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-536-2001 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 1-833-536-2001. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول **Arabic:** على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-536-2001. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के िए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के किए, बस हमें 1-833-536-2001 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो ढ्दनी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-536-2001. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** 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 1-833-536-2001. 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 1-833-536-2001. 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 1-833-536-2001. 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、1-833-536-2001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:



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO que posee 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 PPO Inc., un licenciatario 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.