



2025 Información y Guía de inscripción

Servicio a todos los condados de Maryland

**CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE
DUALPRIME (HMO-SNP)**

En esta edición

- 1 ¡Bienvenido!
- 2 Descripción general de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
- 3 Atención médica que funciona para usted
- 5 Beneficios adaptados a todas sus necesidades
- 6 Obtenga más al elegir CareFirst
- 8 ¿Está listo para inscribirse?
- 9 Recursos y formularios
- 11 Formulario de control previo a la inscripción
- 13 2025 Resumen de beneficios
- 27 Formulario de Confirmación sobre el Alcance de la Cita de Ventas
- 29 Instrucciones para la Inscripción
- 37 Glosario de términos
- 39 Aviso de Prohibición de Discriminación y Disponibilidad de Servicios de Ayuda con el Idioma
- 42 Notas



¡CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst) ha sido nombrada por el Instituto Ethisphere como una de las **World's Most Ethical Companies**[®] (empresas más éticas del mundo) por duodécimo año consecutivo!

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

¡Bienvenido!

Gracias por su afiliación a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). Este plan se ha creado pensando en sus necesidades, ofreciéndole toda la cobertura de Original Medicare con costos de bolsillo bajos o nulos, además de beneficios adicionales para ayudarlo a administrar mejor su salud. Obtenga todos los beneficios que se merece en un plan práctico, que combina su cobertura hospitalaria, médica, de medicamentos con receta, odontológica, oftalmológica, examen anual de bienestar y mucho más.

Es una decisión importante determinar qué plan de Medicare es adecuado para usted, una que no debe apresurar. Dentro de este folleto, encontrará toda la información que necesita para ver cómo esta cobertura todo incluido satisface sus necesidades de atención médica.

Qué cubrimos:

- Aspectos básicos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
- ¿Soy elegible?
- Resumen de Beneficios completo
- Formulario de control previo a la inscripción
- Solicitud



Estamos aquí para servirle

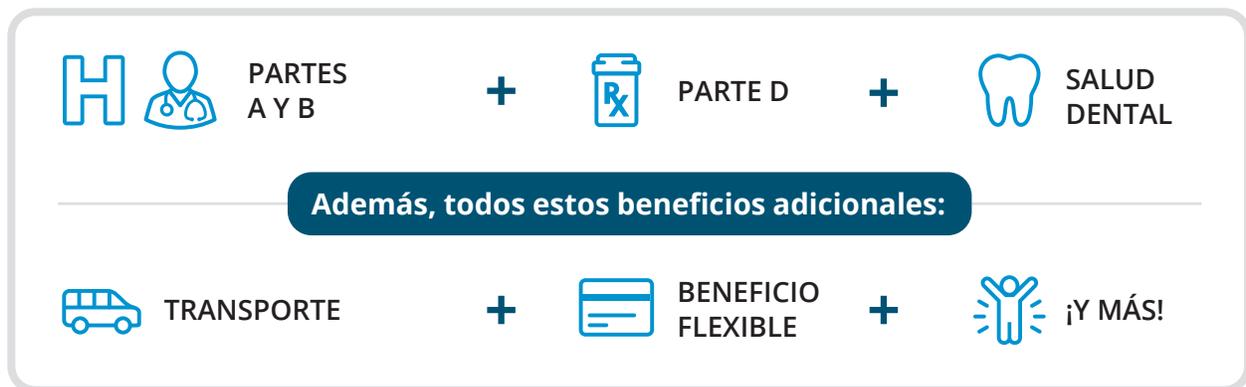
Si tiene alguna pregunta, llame al 844-331-6334 (TTY: 711) para hablar con un agente de ventas autorizado de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes. Usted puede:

- Recibir respuestas a sus preguntas
- Organizar una reunión presencial
- Más información sobre el plan
- Completar una solicitud de inscripción



Descripción general de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Los planes de Necesidades Especiales Duales son para aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es un plan Medicare Advantage que combina su cobertura médica, hospitalaria, de medicamentos con receta y más en un solo plan.



Con nuestro plan obtiene:

- Acceso a una red nacional de farmacias minoristas e independientes y sin deducible de farmacia
- Acceso a más de 7000 proveedores en Maryland
- **Beneficio flexible:** \$130 de asignación mensual para **medicamentos de venta libre, alquiler, comestibles y/o facturas de servicios públicos***
- \$1,950 cada tres años para un audífono
- \$3,000 al año para servicios dentales integrales, incluida la cobertura de prótesis dentales
- 36 viajes de ida para necesidades de atención médica
- Y mucho más.

Estos beneficios están disponibles para usted sin ningún costo de prima adicional.

** Los afiliados deben tener una condición calificada para usar los \$130 al mes en alquiler, alimentos o servicios públicos.*

Consulte detalles adicionales en la Página 8 o en el Resumen de beneficios.



Atención médica que funciona para usted

¿Tiene estas tarjetas?

Para inscribirse en un plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, debe tener sus tarjetas de Medicare y Medicaid.



Ya puede unirse:

Un plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime:

- 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.
- Incluye la Parte D de Medicare, es decir, su cobertura de medicamentos con receta.
- Incluye beneficios adicionales, como programas oftalmológicos, audición, odontología, salud y bienestar, y más.

¿Soy elegible?

Para inscribirse en un plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, debe:

- Ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid (beneficiario doble con beneficio completo (FBDE) o beneficiario calificado de Medicare (QMB))
- Estar inscrito en la Parte B
- Vivir en nuestra área de servicio, que incluye todos los condados de Maryland

¿Quién podría elegir nuestro plan? Conozca a Sofía



Sofía utiliza su seguro médico regularmente, acude a algunos especialistas para tratar sus enfermedades crónicas y toma tres medicamentos con receta. Ella quiere mejorar su salud y busca beneficios de bienestar adicionales.

Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime puede ser adecuado para Sofía. Además de los copagos de \$0 por atención médica, es elegible para el beneficio Flex de \$130, comidas para enfermedades crónicas, transporte gratuito y mucho más. Este plan no solo ayudará a Sofía a alcanzar sus objetivos de salud, sino que también la recompensará por mantenerse saludable a través de nuestro programa Healthy Rewards, donde puede ganar \$290 al año al completar objetivos específicos del plan.

Descripción general de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Prima mensual*

\$0

Cobertura de medicamentos (según su nivel de Ayuda Adicional)

- Genéricos: \$0, \$1,60, \$4,90 copago
- Todos los demás medicamentos: \$0, \$4.80, \$12.15 de copago

Usted paga \$0 mientras esté en nuestro plan y no pierda su estado de Medicaid

- | | |
|---|--|
| ✓ \$0 deducible médico anual | ✓ \$0 deducible anual de medicamentos |
| ✓ Proveedor de Atención Primaria | ✓ Especialista |
| ✓ Hospitalización aguda | ✓ Servicios hospitalarios ambulatorios |
| ✓ Estabilización de emergencia/ poshospitalaria | ✓ Servicios hospitalarios ambulatorios |
| ✓ Y más... | |

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

* Mientras esté en nuestro plan, Medicaid pagará su prima; sin embargo, si pierde su estatus de Medicaid, pagará una prima

Aviso importante

Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo Doblemente Elegible (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), sus copagos y coseguros pueden aumentar al 20 % del costo total de sus beneficios médicos, los costos compartidos aplicables de la Parte A de Medicare y el 25 % del costo total de sus medicamentos con receta de la Parte D.



Beneficios adaptados a todas sus necesidades

Nuestros beneficios adicionales, atención preventiva y programas de salud conductual son una parte importante para ayudarle a mantenerse saludable.

Como afiliado valioso, su plan incluye la opción de tener una evaluación de salud integral en la comodidad de su hogar. Además, ofrecemos actividades de administración de la atención adaptadas a sus necesidades. Nuestros programas se adaptan a su horario y requieren un compromiso de tiempo mínimo.

Además, los afiliados pueden obtener soporte a través de varios canales, incluidas aplicaciones móviles y en línea.

Nuestro equipo de Administración de la Atención puede ayudarlo a recuperarse después de una permanencia en el hospital o explicarle un nuevo diagnóstico y ayudar a los cuidadores a coordinar su atención.

Nuestro equipo de atención al afiliado colaborará con sus profesionales de atención médica para ayudar a mejorar su salud y reducir la necesidad de servicios adicionales.

Nuestros programas de salud integral:

Readmisiones hospitalarias las 24 horas

Los administradores de atención de CareFirst ayudan a los afiliados dados de alta del hospital recientemente a reducir la posibilidad de readmisión.

Coordinación de atención

Los administradores de atención ayudan a los afiliados que tienen dificultades para programar citas, encontrar suministros o administrar su salud de otro modo.

Alcance de las afecciones crónicas

Los administradores de atención se comunican con los afiliados que padecen afecciones crónicas para ayudarlos con el manejo de enfermedades y reducir la probabilidad de hospitalización.

Asistencia del trabajador social

Los afiliados cuentan con un miembro del equipo de atención especializada para abordar las barreras psicosociales en el acceso a la atención.

Nos dedicamos a su salud integral

Nos comunicamos con cada afiliado para realizar mejoras personalizadas a lo largo de todo su proceso de salud.



Obtenga más al elegir CareFirst



Beneficio Flexible: Alimentos, artículos de venta libre, servicios públicos o alquiler

Asignación mensual de \$130 para pedidos por correo de artículos de venta libre y/o para comestibles, artículos de venta libre, servicios públicos o alquiler*.



Transporte

- Su plan CareFirst incluye viajes a la farmacia, visitas médicas y mucho más.
- Copago de \$0 por 24 viajes de ida por año



Cobertura dental

- Copago de \$0 para cobertura preventiva, integral y de prótesis dentales
- Gasto cubierto anual de \$3,000 para servicios dentales integrales
- Copago de \$0 para dentaduras postizas cada 60 meses



Beneficios auditivos

- Examen de audición de rutina (1 por año): \$0 de copago
- \$1,950 cada 3 años para audífonos



Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día

Hable con una enfermera cuando lo necesite sin costo alguno.



Examen oftalmológico de rutina y gasto cubierto para lentes y accesorios

- \$0 de copago por examen de rutina (límite de 1 por año)
- Gasto cubierto anual de \$150 para lentes y accesorios



Dispositivos de seguridad para el baño

Copago de \$0 por dos dispositivos de seguridad para el hogar y el baño.



Cuidado de los pies

- \$0 copago por visita al consultorio
- 4 visitas al año al podólogo



Programa de Recompensas Saludables

Gane entre \$20 y \$50 en su tarjeta prepaga de atención médica recargable por completar actividades de salud específicas (\$290 al año).



Beneficios de alimentación para enfermedades crónicas y después del alta hospitalaria

\$0 de copago para comidas y asistencia nutricional para afiliados calificados.



Sistema Personal de Respuesta en Caso de Emergencia (PERS)

Los afiliados con enfermedades crónicas califican para un dispositivo de respuesta a emergencias personal con un copago de \$0.

**Se permite la transferencia mensual del beneficio flexible, pero no la transferencia anual. Los afiliados deben tener una condición calificada para usar los \$130 al mes en alquiler, alimentos o servicios públicos.*

¿Está listo para inscribirse?

PASO 1

Revise nuestro plan y compruebe si es adecuado para usted

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Obtenga respuestas a sus preguntas o programe una reunión presencial llamándonos al 844-331-6334 (TTY: 711)

PASO 2

Verifique si su médico o sus especialistas están en nuestra red

- Visite carefirst.com/mddsnp y haga clic en la pestaña *Find a Doctor* (buscar un médico)
- Navegue por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades

PASO 3

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

Descargue una copia de nuestro formulario de inscripción 2025 en carefirst.com/mddsnp. También se incluye una solicitud al final de este folleto.

- **Por correo:** Complete el formulario, fírmelo, féchelo y envíelo por correo a:
A la atención de: Sales Department
P.O.Box 915
Owings Mills, MD 21117
- **Por Internet:** Inscribese a través del sitio web [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)
- **Teléfono:** Llame o programe una reunión con un agente de ventas autorizado al 844-331-6334.

¿Está su proveedor en nuestra red?

Para aprovechar estos beneficios, asegúrese de que su proveedor esté en nuestra red. La lista de proveedores se puede encontrar en la pestaña *Find a Doctor* (buscar un médico) en carefirst.com/mddsnp.



Recursos y formularios

Dejado en blanco intencionalmente

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 1-844-331-6334 (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/mddsnp](https://www.carefirst.com/mddsnp) o llame al 1-844-331-6334 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 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.

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 de Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- 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).
- Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este Plan acepta únicamente beneficiarios dobles elegibles con doble beneficio completo (FBDE) y beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- 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 de Medicare Advantage. 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, deberá cancelar su póliza Medigap porque no puede tener ambos planes al mismo tiempo.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP 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 DSNP 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.

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

2025

Resumen de beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage
DualPrime (HMO-SNP)

H8854-002

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

- Llame a Servicios para Miembros al 1-844-386-6762 (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/mddsnp

Resumen de beneficios 2025

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP 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 de la "Evidencia de Cobertura" o encuentre una copia en línea en www.carefirstmddsnp.com.

Este plan tiene un Directorio de proveedores para todos los proveedores de la red al que se puede acceder a través de www.carefirst.com/mddsnp.

¿Quién es elegible para nuestro plan DualPrime?

Para unirse a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, tener asistencia médica del estado de Maryland, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye a todo el estado de Maryland.

Para ser elegible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, los beneficiarios deben estar en una de estas categorías de Medicaid: Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB). La comprensión de sus opciones de beneficios de Medicare está disponible 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 Advantage DualPrime. La herramienta "Plan Finder" (Buscador de planes) de Medicare está disponible en 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 inglés, braille o en letra grande.

Excepto en situaciones de emergencia, si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

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 y proveedores del plan en nuestro sitio web (www.carefirst.com/mddsnp). O, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de farmacias.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información, llámenos al 1-844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en www.carefirst.com/mddsnp.

Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
Prima mensual del plan	\$40.30
Deducible	\$0
Responsabilidad del gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$8,850
Cobertura de hospitalización	
Cobertura de hospitalización cubierta por Medicare*	Usted paga \$0 para los días del 1-90
Internación en hospital psiquiátrico cubierta por Medicare*	\$0 de copago
Cobertura de hospitalización para paciente ambulatorio	
Cobertura de hospitalización para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida cirugía*	\$0 de copago
Servicios de observación en hospitalización para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)* cubierto por Medicare	\$0 de copago
Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	
Proveedores de atención primaria (PCP) cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Servicios de especialistas cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Atención preventiva cubierta por Medicare	\$0 de copago

Si su condición de Medicaid cambia de Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar la prima mensual, todos los deducibles de Medicare y los gastos máximos de bolsillo, y se aplicará distribución de costos.

Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
Atención de emergencia cubierta por Medicare	\$0 de copago
Servicios requeridos urgentemente cubiertos por medicare	\$0 de copago
Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Imágenes	
Procedimientos y pruebas cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Servicios de diagnóstico por imágenes (p. ej., CT, MRI) cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Radiografías cubiertas por Medicare*	\$0 de copago
Servicios de audición	
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare	\$0 de copago
Exámenes de audición de rutina	\$0 de copago
Audífonos	Nuestro plan paga hasta \$1,950 cada 3 años para audífonos
Servicios dentales	
Servicio dental integral cubierta por Medicare*	\$0 de copago
Servicio dental preventivo	\$0 de copago

Si su condición de Medicaid cambia de Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar la prima mensual, todos los deducibles de Medicare y los gastos máximos de bolsillo, y se aplicará distribución de costos.

Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
Cobertura dental integral adicional	\$0 de copago y asignación anual de \$3,000 para los siguientes servicios (el miembro es responsable de todo el costo que supere la asignación): <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicios de restauración: 1 por diente una vez cada 24 meses ■ Endodoncia: 1 de por vida, por paciente, por diente ■ Coronas: una vez por diente cada 60 meses ■ Extracciones simples ■ Periodoncia: 1 por cuadrante de raspado cada 36 meses ■ Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses
Cobertura de dentadura postiza	\$0 de copago para los siguientes servicios (No se aplica para la asignación dental integral): <ul style="list-style-type: none"> ■ Dentadura superior, inferior, parcial o cualquier combinación de estas ■ Dentaduras una vez cada 60 meses ■ Reparaciones de dentaduras: una vez cada 12 meses ■ Revestimiento/rebase de dentadura: una vez cada 36 meses ■ Ajustes de dentadura: 2 cada 12 meses
Servicios de la visión	
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo cubierto por Medicare	\$0 de copago
Prueba de glaucoma preventiva cubierta por Medicare	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto, posterior a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Examen de ojo diabético cubierto por Medicare	\$0 de copago
Examen de la vista de rutina	\$0 de copago una vez al año

Si su condición de Medicaid cambia de Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar la prima mensual, todos los deducibles de Medicare y los gastos máximos de bolsillo, y se aplicará distribución de costos.

Resumen de beneficios 2025

Primas y beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
Asignación para anteojos	Asignación anual de \$150 para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos cada año.
Servicios de salud mental	
Servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare*	\$0 de copago
Visita al consultorio grupal e individual cubierta por Medicare	\$0 de copago
Centro de enfermería especializado (SNF) cubierto por Medicare*	\$0 los días del 1-100
Fisioterapia cubierta por Medicare*	\$0 de copago
Servicio de ambulancia por tierra cubierto por Medicare*	\$0 de copago
Servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare*	\$0 de copago
Transporte de rutina	\$0 de copago por 36 viajes de ida o de vuelta
Medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare* <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>	\$0 de copago

Si su condición de Medicaid cambia de Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar la prima mensual, todos los deducibles de Medicare y los gastos máximos de bolsillo, y se aplicará distribución de costos.

**Es posible que se requiera autorización previa*

Resumen de beneficios 2025

Parte D

Beneficios de medicamentos recetados	
Deducible anual para medicamentos recetados	Este plan no tiene deducible para medicamentos recetados. Su cobertura comienza en la Etapa de Cobertura Inicial
Etapa de cobertura inicial (venta minorista, pedido por correo, a largo plazo y fuera de la red)	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. <ul style="list-style-type: none">■ Usted paga por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0 de copago / \$1.60 de copago / \$4.90 de copago (según el nivel de "Ayuda Adicional" [Extra help])■ Para el resto de los medicamentos: \$0 de copago / \$4.80 de copago / \$12.15 de copago (según el nivel de "Ayuda Adicional" [Extra help])
Cobertura en caso de Catástrofe	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Vacunas	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Si ya no califica para recibir "Ayuda Adicional" (Extra Help) mientras se encuentra inscrito en el plan, se le aplicará lo siguiente: no pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible. También tendrá una distribución de costos de un 25% del costo total de sus medicamentos recetados de la Parte D y un deducible de \$590 por medicamento.

Resumen de beneficios 2025

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
Línea directa de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Examen físico anual	\$0 de copago
Equipo médico duradero cubierto por Medicare (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)*	\$0 de copago
Dispositivos protésicos cubiertos por Medicare (p. ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)*	\$0 de copago
Comidas con terapia nutricional	Los miembros con COPD, CHF, diabetes o ESRD recibirán una evaluación de terapia de nutrición médica y 3 sesiones de capacitación de seguimiento y establecimiento de objetivos por período de beneficios.
Prevención de readmisiones	Luego del alta de una hospitalización, los miembros pagarán \$0 de copago por 14 comidas por cada período de 1 semana. Límite de 8 períodos de beneficios por año.
Comidas para personas con afecciones crónicas	Los miembros con COPD, CHF, diabetes o ESRD recibirán 12 semanas consecutivas de comidas. Los miembros recibirán hasta 4 sesiones de terapia de nutrición médica. Límite de 4 períodos de beneficios por año.
Sistema de respuesta ante emergencia personal (PERS)	\$0 de copago por dispositivo del sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS) si usted vive con una discapacidad o enfermedad crónica, como COPD, CHF, diabetes o ESRD.
Cuidado de los pies de rutina	\$0 de copago por cada consulta. 4 consultas por año
Beneficio Flex (artículos de venta libre, alimentos, servicios públicos y alquiler)	Asignación mensual de \$130. Los miembros con las condiciones que califican a continuación pueden usar la totalidad o una parte de la asignación mensual para pedidos OTC por correo, o usar una tarjeta prepagada de atención médica para gastos de alimentos, alquiler o servicios públicos. Transferencia mensual pero no anual: <ul style="list-style-type: none"> ■ Dependencia crónica del alcohol y otras drogas ■ Trastornos autoinmunes ■ Cáncer

Si su condición de Medicaid cambia de Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar la prima mensual, todos los deducibles de Medicare y los gastos máximos de bolsillo, y se aplicará distribución de costos.

Resumen de beneficios 2025

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trastornos cardiovasculares ■ Insuficiencia cardíaca crónica ■ Demencia ■ Diabetes ■ Enfermedad renal terminal (ESRD) ■ Trastornos hematológicos graves ■ HIV/AIDS ■ Trastornos pulmonares crónicos ■ Trastornos mentales crónicos e incapacitantes ■ Trastornos neurológicos ■ Accidentes cerebrovasculares ■ IMC relacionado con riesgos para la salud ■ Discapacidad física crónica
Dispositivos de seguridad en el baño y en el hogar	\$0 de copago por 2 dispositivos de seguridad para el hogar y el baño ordenados a través del catálogo del plan.
Evaluación en el hogar	\$0 de copago (hasta 1 por año calendario)
Programa de recompensas y servicios y artículos de valor agregado	
Programa de recompensas saludables	Los miembros pueden ganar entre \$20 y \$50 en recompensas saludables por completar exámenes de detección y pruebas preventivas seleccionadas. Máximo total \$290
Blue365	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.

Si su condición de Medicaid cambia de Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar la prima mensual, todos los deducibles de Medicare y los gastos máximos de bolsillo, y se aplicará distribución de costos.

**Es posible que se requiera autorización previa*

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Beneficios y distribución de costos

Elegibilidad

El plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) está disponible para beneficiarios tanto de la Parte A como de la Parte B de Medicare y para quienes reciban asistencia médica del programa estatal Medicaid para cubrir la distribución de costos de Medicare.

Los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime con Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) y que sean Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) están cubiertos por el programa estatal Medicaid para la distribución de costos de Medicare.

Distribución de costos y protección para miembros

En el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, el programa estatal Medicaid paga la distribución de costos por los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted recibe. Usted no paga distribución de costos por los beneficios cubiertos por Medicare descritos en la sección Beneficios hospitalarios y médicos cubiertos de este Resumen de beneficios. Pagará copagos reducidos por medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Estos pagos mínimos solo se aplican siempre que usted reciba "Ayuda Adicional" (Extra Help). Cuando reciba servicios de atención médica cubiertos, el proveedor de la red debe facturar primero a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime y segundo a Maryland Medical Assistance. Los proveedores de la red no tienen permitido facturarle el saldo por los servicios cubiertos tanto por CareFirst

BlueCross BlueShield Advantage DualPrime como por Medicaid.

Si recibió servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red puede que este proveedor no comprenda estas normas de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime o de facturación. Si recibe una factura de un proveedor por servicios cubiertos de Medicare, informe a Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo. Consulte el Capítulo 7, "Cómo solicitarnos que paguemos la parte de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos" de su Evidencia de cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime para obtener más información.

Los beneficios que se describen en la siguiente página están cubiertos por Medicaid. Puede consultar lo que cubre el Departamento de Salud de Maryland y lo que cubre nuestro plan. Si se utiliza un beneficio en su totalidad o no cubierto por Medicare, entonces Medicaid puede proporcionarle cobertura. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid. La cobertura de los beneficios que se describen a continuación depende del nivel de elegibilidad de Medicaid. Independientemente del nivel de elegibilidad de Medicaid que tenga, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubrirá los beneficios descritos en las secciones anteriores del Resumen de beneficios. Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad de Medicaid o de los beneficios a los que tiene derecho, llame al Departamento de Salud de Maryland, al 1-855-642-8572. Medicaid puede pagar su monto de distribución de costos de Medicare, pero dependerá del nivel de elegibilidad de Medicaid. Si Original Medicare no cubre un servicio o el beneficio se agotó, Medicaid puede ayudarlo, pero es posible que usted deba pagar una parte del costo.

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Programa de beneficios Maryland Medical Assistance (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Servicios de ambulancia	Solo de emergencia	Cubierto
Centro de cirugía ambulatoria	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Cubierto	Cubierto
Visitas al médico	Cubierto	Cubierto
Servicios de atención médica a domicilio	Cubierto	Cubierto
Servicios de cuidados paliativos	Cubierto	Cubierto por Original Medicare; no cubierto por el plan.
Cobertura de hospitalización	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Servicios urgentemente necesarios	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental	Cubierto	Cubierto
Cobertura de hospitalización para paciente ambulatorio	Cubierto	Cubierto
Servicios de podiatría (cuidado de los pies)	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Atención en centro de enfermería especializada (SNF):	Cubierto	Cubierto con límites por días por período de beneficio
Transporte de rutina	Cubierto con límites	Cubierto con límites

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Servicios de la visión	Cubierto	Cubierto
Programa de salud y bienestar	No cubierto	Cubierto
Comidas con terapia nutricional médica	No cubierto	Cubierto
Telesalud	Cubierto con límites	Cubierto
Sistema de respuesta ante emergencia personal	Cubierto con límites	Cubierto



COMUNÍQUESE CON NOSOTROS



© 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 un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid del estado de Maryland. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage DSNP Inc., que es un licenciatario 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 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.

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

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:	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[®], 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.

Instrucciones para la Inscripción

¿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 tanto 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 información 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 complete.

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, a la atención de: Departamento de Ventas
P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117

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 1-844-331-6334. 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 1-844-331-6334 (TTY: 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:			
<input type="radio"/> DualPrime • \$0-\$40.30 por mes (basado en su nivel de "Ayuda Adicional")			
Nombre DE PILA:		APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Teléfono particular:	Teléfono móvil (opcional):
Dirección de Correo Electrónico: (opcional)			
Autorizo al plan de salud a enviarme mensajes de texto y correos electrónicos con recordatorios útiles, artículos y consejos sobre vida saludable, encuestas e información general sobre el plan. Entiendo que puedo optar por no recibir estos mensajes poniéndome en contacto con el Servicio para el Afiliado al 1-844-386-6762 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., ET, 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., ET, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.			
<input type="radio"/> Sí, me gustaría recibir mensajes. <input type="radio"/> No, no quiero recibir mensajes.			
Dirección de Residencia Permanente (no ingresar apartado postal):			Número de apartamento:
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente (se puede ingresar apartado postal):			Número de apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código postal:
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			
1. ¿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:	
2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		En caso afirmativo, proporcione el número de 11 dígitos de Medicaid:	
Para ser elegible para Dual Prime, usted debe tener un nivel de Medicaid de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) o Beneficio Completo de Dual Elegible (FBDE, por sus siglas en inglés).			
3. ¿Es usted residente de un centro de larga duración como un hogar de ancianos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es "sí", nombre del centro:		Número de teléfono del Centro:	
Dirección del centro:			

Blanco = copia del plan Amarillo = copia del afiliado

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.

	Soy nuevo en Medicare.
	Voy a realizar un cambio durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
	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.
	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. Me liberaron 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)_____.
	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.
	Estoy inscrito en un plan que ha sido identificado con el icono de bajo rendimiento (LPI).

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al **844-331-6334 (TTY: 711)** 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

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, otro origen hispano, latino o español.
 Sí, mexicano, méxico-estadounidense, chicano. **Elijo no responder.**
 Sí, puertorriqueño.
 Sí, cubano.

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

- Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano
 Asiático Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
 Indio asiático Guameño o chamorro
 Chino Nativo de Hawái
 Filipino Samoano
 Japonés Nativo de otra isla del Pacífico
 Coreano Blanco
 Vietnamita **Prefiero no contestar.**
 Otro país asiático

1. Marque una de las casillas siguientes si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible

- Spanish Braille Letra grande

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 1-844-386-6762 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. ET, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. hora del Este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

2. ¿Trabaja? Sí. No. ¿Su cónyuge trabaja? Sí. No.

3. Elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP). Consulte el sitio web del plan o el Directorio de proveedores y farmacias para elegir.

Nombre del PCP:

Dirección del PCP:

¿Está usted viendo actualmente o ha visto recientemente a este médico? Yes No

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:

- 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.

PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

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 31 de marzo). 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 1-844-333-0610, Atención: Facturación de primas, o pueden enviarse por correo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Atención: Premium Billing, P.O. Box 915, Owings Mills, Maryland 21117. 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).

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 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.

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.

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.

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:
---------------------	------------------------------------

Solo para uso de los agentes

Nombre del agente:	Identificación del agente:
--------------------	----------------------------

Fecha de recepción inicial:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:	Nivel LIS:
-----------------------------	---	------------

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP 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 DSNP 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, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Glosario de términos

Atención médica a domicilio

Enfermería especializada y servicios relacionados que se brindan en el hogar. Los servicios de atención domiciliaria incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, servicios sociales, servicios de salud en el hogar y suministros y equipos médicos.

Centro de cuidados paliativos

Un programa o centro que brinda atención, comodidad y servicios de apoyo para pacientes con enfermedades terminales y sus familias. La atención paliativa se concentra en reducir la gravedad de los síntomas de la enfermedad en lugar de detener o retrasar la progresión de la enfermedad en sí.

Máximo de gastos menores

El monto máximo que deberá pagar por los gastos médicos en un año calendario.

Atención del centro de cuidados especializados (SNF)

Un nivel de atención que requiere la participación diaria de personal de rehabilitación o enfermería especializada; por ejemplo, fisioterapia o inyecciones intravenosas.

Usted califica solo después de una permanencia en el hospital mínima de tres días por una enfermedad o lesión relacionada. Usted es elegible para hasta 100 días por período de beneficios. Esto incluye una habitación semiprivada y comidas. Medicare no cubre la atención a largo plazo ni la atención custodial en este entorno.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Un documento que le brinda información detallada sobre la cobertura, los costos y los derechos y responsabilidades de su plan como afiliado del plan.

Formulario

Una lista de medicamentos con receta que cubre su plan de salud, también llamada "lista de medicamentos". Puede incluir tanto medicamentos de marca como genéricos.

Los medicamentos de esta lista pueden costar menos que los que no están en ella. El monto que cubre un plan puede variar de un medicamento a otro.

Medicamentos de mantenimiento

Medicamentos con receta que toma con regularidad. Estos medicamentos ayudan a tratar afecciones crónicas, como el asma, la diabetes y la presión arterial alta.

Es posible que pueda ahorrar dinero en sus recetas de mantenimiento solicitando un suministro de 90 días en su tienda minorista o de pedidos por correo.

Farmacias de pedido por correo

Un servicio práctico que le entrega los medicamentos directamente. El servicio de pedido por correo preferido de su plan es CVS Caremark Mail Service Pharmacy.

Parte A de Medicare

Parte de Medicare Original. La Parte A de Medicare ayuda a cubrir las permanencias en el hospital, la atención en un centro de cuidados especializados, la atención paliativa y algunos servicios de atención médica en el hogar.

Parte B de Medicare

También forma parte de Medicare Original. La Parte B de Medicare ayuda a cubrir ciertas visitas al médico y servicios preventivos, atención ambulatoria y suministros médicos.

Parte C de Medicare

Estos planes, también llamados Medicare Advantage (MA), son ofrecidos por compañías aseguradoras privadas y están aprobados por Medicare.

Por ley, los planes MA deben ofrecer los mismos beneficios que las Partes A y B de Medicare Original. La mayoría de estos planes también incluyen cobertura para medicamentos con receta. Muchos también ofrecen cobertura odontológica, oftalmológica y auditiva.

Parte D de Medicare

La Parte D de Medicare proporciona seguro para medicamentos con receta. Se vende a través de compañías aseguradoras privadas y se puede ofrecer de dos formas:

1. En combinación con un plan Medicare Advantage (MA)
2. Como plan de medicamentos con receta (PDP) independiente

Plan de necesidades especiales (SNP)

Un SNP es un tipo especial de plan Medicare Advantage. Incluye todos los beneficios de las Partes A, B y D de Medicare. Puede incluir beneficios adicionales, como apoyo para una afección crónica o servicios útiles para alguien que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Para calificar en un SNP, debe tener las Partes A y B de Medicare y cumplir una de las siguientes condiciones:

- Tiene una enfermedad crónica verificada por un médico (C-SNP).
- Recibe asistencia de Medicaid del Estado (D-SNP).
- Vive en un centro de atención a largo plazo (I-SNP).

Centros de atención de urgencia

Centros que tratan problemas médicos urgentes pero que no amenazan la vida, como esguinces, fracturas o quemaduras menores. Si tiene un problema médico grave, siempre visite la sala de emergencias más cercana o llame al 911.



¿Está cubierto su medicamento?

Verifique si sus medicamentos recetados están cubiertos buscando en la lista del formulario.

Visite carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-prescription-coverage.html e ingrese el nombre de su medicamento. Podrá determinar si un medicamento de marca está cubierto o si necesitará uno genérico.



Aviso de Prohibición de Discriminación y Disponibilidad de Servicios de Ayuda con el Idioma

(ACTUALIZADO AL 05 DE AGOSTO DE 2019)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc. 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; e
 - 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; e
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese al 1-844-386-6762.

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 sobre alguna violación de los derechos civiles federales, póngase en contacto 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., licenciatarios 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, una asociación de planes independientes de Blue Cross y 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762。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 1-844-386-6762。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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762 سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1. بمساعدتك. هذه خدمة مجانية

Hindi: हमारे सवास य या दवा की योजना केबारे मे आपकीसी भी पर न केजवाब देने केलिए हमारे पास मुफत दुभाषिया सेवाएँउलपब है . एक दुभाषियापत करने केलिए, बस हमे 1-844-386-6762पर फोन करें. कोई वयकतक्त जो हिनदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफत 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762. 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 1-844-386-6762. 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、1-844-386-6762 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。



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP 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 DSNP 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.