



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Nuevos planes de Medicare Advantage del nombre que se ha mantenido
con [Marylanders por generaciones](#)

GUÍA DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN

Table of Contents

- 1 ¡Bienvenido!
- 2 ¿Qué es Medicare Advantage?
- 4 Nuestros Planes de Medicare Advantage
- 6 Obtenga más al Elegir CareFirst
- 8 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)
- 10 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
- 12 Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D
- 14 Accesorios de los Planes Dentales y de la Vista
- 16 ¿Está Listo Para Inscribirse?
- 17 Esto Es lo que Puede Esperar Después de Inscribirse
- 21 Los 100 Principales Medicamentos con Receta
- 27 Resumen de Beneficios
- 49 Formulario de Control Previo a la Inscripción
- 51 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual
- 57 Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción
- 59 Aviso de Prohibición de Discriminación y Disponibilidad de Servicios de Ayuda con el Idioma

¡Bienvenido!

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

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

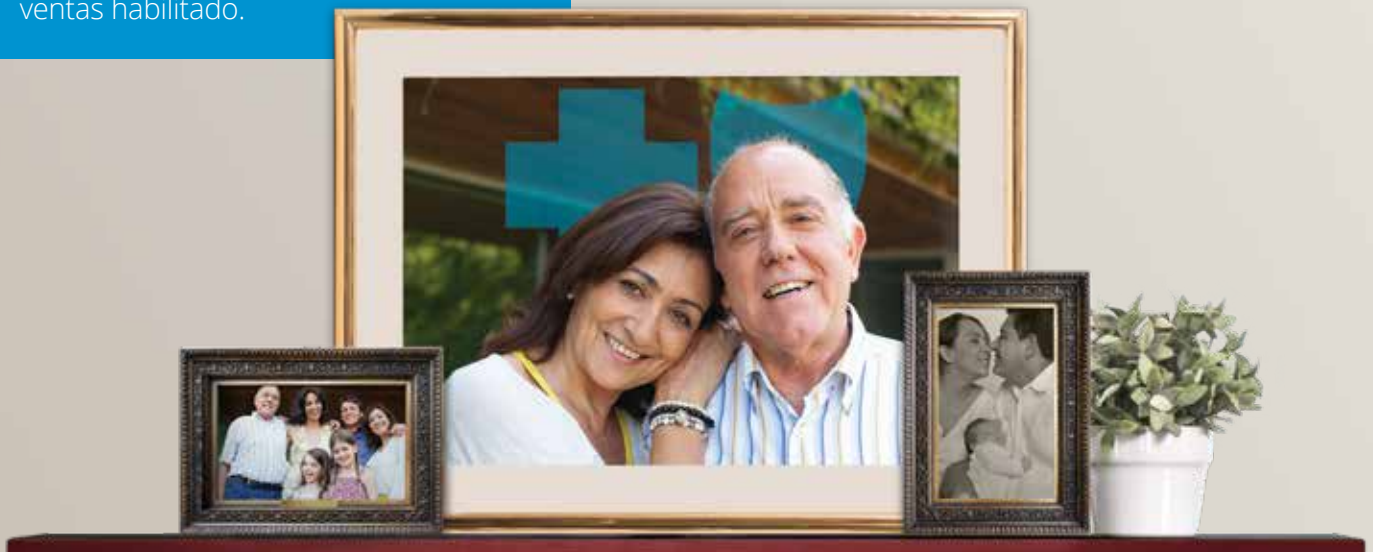
Estamos aquí para servirle.

833-473-0394 (TTY: 711)
8 a. m. a 6 p. m. hora del Este,
de lunes a viernes; 8 a. m. a 12 p. m.
hora del Este, los sábados

Visite carefirst.com/medicare
para obtener más información o llame
para programar una cita en persona
con un agente de
ventas habilitado.

EN ESTA EDICIÓN

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



¿Qué es Medicare Advantage?

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



COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE PARTE D

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

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

CON EL PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE, USTED OBTIENE:

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



Comparemos el Medicare Original con un plan de Medicare Advantage

MEDICARE ORIGINAL (PARTES A Y B)

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

PUEDE AGREGAR:

PLAN COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

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

TAMBIÉN PUEDE AGREGAR:

PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

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

PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

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

O
BIEN

La ventaja es clara.

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

Nuestros Planes de Medicare Advantage

ELIJA UN PLAN DEL NOMBRE QUE HA ESTADO CON LOS HABITANTES DE MARYLAND POR GENERACIONES

Los habitantes de Maryland han confiado en los planes de salud de Blue Cross Blue Shield de la familia de CareFirst por más de 80 años. Es por eso por lo que estamos orgullosos de presentarles los nuevos planes de Medicare Advantage de CareFirst BlueCross BlueShield.

Nuestros planes todo en uno le dan acceso a médicos, especialistas, hospitales, además de servicios dentales preventivos, servicios de la vista y la audición con coberturas que tienen primas que **comienzan con tan solo \$35 al mes.**

ELEGIBILIDAD

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

- Califica para la Parte A de Medicare.
- Está inscrito y sigue pagando la Parte B de Medicare.
- Vive en uno de los siguientes condados de Maryland: Arundel, Baltimore, Carroll, Frederick, Harford, Howard, Montgomery y los condados de Prince George; o bien, en la ciudad de Baltimore.

¿Necesita más información sobre cómo inscribirse en Medicare?

Considere asistir a nuestro seminario en línea donde discutiremos en detalle nuestros planes y permitiremos que los asistentes tengan tiempo de sobra para hacer sus preguntas. Ni siquiera tendrá que salir de su casa. Encuentre más información y regístrese en carefirst.com/medicare.

TODOS LOS PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE DE CAREFIRST INCLUYEN:

 <p>Línea que brinda asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día</p>	 <p>Beneficios dentales de prevención</p>
 <p>Consultas por video (Telesalud) para servicios urgentes y de la salud conductual</p>	 <p>Exámenes de la vista de rutina y lentes y accesorios por medio de los proveedores Davis Vision</p>
 <p>Acceso a más de 65,000 farmacias en todo el país</p>	 <p>Examen de audición y audífonos por medio de NationsHearing®</p>
 <p>Una red de proveedores de la más alta calidad de quienes puede depender</p>	 <p>Servicios de salud mental</p>
 <p>Servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo</p>	 <p>Acondicionamiento físico SilverSneakers®</p>



CareFirst fue nombrado por el Instituto Ethisphere, como **World's Most Ethical Companies®** (una de las empresas más éticas del mundo) por 8 años consecutivos.

Obtenga más al Elegir CareFirst



BENEFICIOS DENTALES

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



EXÁMENES DE LA VISTA Y ANTEOJOS

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

La red de Davis Vision incluye a Visionworks, Target, Walmart, Costco, MyEyeDr, Pearle Vision y más.

¿Desea más servicios dentales integrales y cobertura adicional de la vista? Revise nuestro paquete adicional de servicios dentales y de la vista en la página 14, se encuentra disponible exclusivamente para afiliados del Plan Mejorado por una prima mensual baja.



VISITA POR VIDEO (TELESALUD)

La Visita por Video les permite a los afiliados ponerse en contacto de forma segura con un proveedor para recibir servicios de atención de urgencia y salud conductual, como terapia y psiquiatría. La conveniencia no significa tener cuotas adicionales; su copago será el mismo monto como que si usted fuera en persona a la consulta.



LÍNEA QUE BRINDA ASESORAMIENTO DE ENFERMERAS LAS 24 HORAS DEL DÍA

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

¿Quiere saber si sus médicos participan en nuestros planes?

Explore nuestra red de médicos y hospitales de alta calidad. Use nuestra herramienta, Find A Doctor (Buscar un médico) Es fácil y rápido:

- Visite [carefirst.com/findadoc](https://www.carefirst.com/findadoc)
- Haga clic en *Continue as Guest* (Continuar como invitado)
- Introduzca su código postal
- Seleccione la red de *Medicare Advantage* y después *Continue* (Continuar)

AUDÍFONOS Y EXÁMENES

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

Las características del programa incluyen:

- Examen auditivo de rutina anual sin costos de gastos de bolsillo
- Acceso a una red nacional de más de 8,000 proveedores
- Audífonos disponibles de los principales fabricantes
- Precios bajos y una garantía de 60 días o se le devuelve la totalidad de su dinero
- Servicios de atención personalizada por parte de Asesores Experimentados para Afiliados
- Ajuste, evaluación y 3 visitas de seguimiento sin costo alguno
- Garantía de reparación del fabricante de 3 años

©2020 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. SilverSneakers GO y SilverSneakers On-Demand son marcas registradas de Tivity Health, Inc. ©2020Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.



ACONDICIONAMIENTO FÍSICO SILVERSNEAKERS®

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

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

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

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

Aspectos Destacados del Plan

- Prima mensual baja de \$35
- Sin deducible médico o por medicamentos con receta
- Copagos bajos en medicamentos con receta
- Servicios dentales preventivos
- Examen de la vista de rutina y gasto cubierto para anteojos
- Exámenes de audición de rutina
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

¿Quién podría elegir el Plan Básico?



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

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

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE CORE (HMO)

PRIMA MENSUAL

\$35

Deducible Médico: \$0

Deducible Anual por Medicamentos: \$0

Límite Máximo de Gastos de Bolsillo:
\$7,550

Niveles de Medicamentos (suministro para 30 días/venta minorista): Genéricos preferidos: \$7, genéricos: \$20, marca preferida: \$47, medicamentos no preferidos: \$100, de especialidad 33 % del costo

Copagos de Beneficios Destacados:

- Consulta con proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): \$5
- Consulta con un especialista: \$50
- Visita de atención de urgencia: \$30
- Visita a la sala de emergencias: \$90
- Permanencia en el hospital como paciente internado
1 a 5 días: \$350 por día
6 a 90 días: \$0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$250
- Centro quirúrgico ambulatorio: \$200
- Visita por video (Telesalud)
- Servicios de urgencia: \$30
- Salud mental: \$40
- Centro de cuidados especializados
1 a 20 días: \$0 por día
21 a 100 días: \$180 por día
- Examen auditivo de rutina: \$0
- Examen de la vista de rutina: \$20
- Limpiezas dentales preventivas, exámenes bucales, radiografías y tratamiento con flúor: \$30 por servicio

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

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

Además, con el Plan Mejorado, puede elegir si agrega **los accesorios de los planes dentales y de la visión** para tener una cobertura aún más completa. Consulte la página 14 para obtener detalles.

Aspectos Destacados del Plan

- Prima mensual de \$95
- Sin deducible médico o por medicamentos con receta
- Copagos más bajos que nuestro Plan Básico
- Interrupción en la cobertura para los medicamentos del Nivel 1
- Servicios dentales preventivos más servicios integrales adicionales
- Gasto cubierto adicional para anteojos
- Exámenes de audición de rutina
- Cobertura de rutina para acupuntura, quiropráctico y podología
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Accesorios de los planes dentales y de la vista (costo mensual adicional)

¿Quién podría elegir el Plan Mejorado?



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

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

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE ENHANCED (HMO)

PRIMA MENSUAL

\$95

Deducible Médico: \$0

Deducible Anual por Medicamentos: \$0

Límite Máximo de Gastos de Bolsillo:
\$6,550

Niveles de Medicamentos (suministro para 30 días/venta minorista): Genéricos preferidos: \$5, genéricos: \$15, marca preferida: \$47, medicamentos no preferidos: \$100, de especialidad 33 % del costo

Copagos de Beneficios Destacados:

- Consulta con proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): \$0
- Consulta con un especialista: \$30
- Visita de atención de urgencia: \$20
- Visita a la sala de emergencias: \$90
- Permanencia en el hospital como paciente internado
1 a 5 días: \$275 por día
6 a 90 días: \$0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$150
- Centro quirúrgico ambulatorio: \$100
- Visita por video (Telesalud)
Servicios de urgencia: \$20
Salud mental: \$20
- Centro de cuidados especializados
1 a 20 días: \$0 por día
21 a 100 días: \$160 por día
- Examen auditivo de rutina: \$0
- Examen de la vista de rutina: \$10
- Limpiezas dentales preventivas, exámenes bucales, radiografías y tratamiento con flúor: \$20 por servicio
- Servicios dentales integrales (incluye servicios que no son de rutina, servicios restaurativos básicos, periodoncia no quirúrgica y extracciones sin cirugía): \$15 a \$60

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

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D

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

	BÁSICO	MEJORADO
	COPAGO PARA FARMACIA DE VENTA AL PÚBLICO PARA SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7	\$5
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100	\$100
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total	33 % del costo total

UNA VEZ QUE ENTRE EN LA ETAPA 3, EL PERÍODO SIN COBERTURA, DEBERÁ PAGAR:

Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	25 % del costo	\$5 o 25 % del costo, lo que sea menor
--	----------------	--

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

AHORRE CON EL PEDIDO POR CORREO

Regístrese para obtener abastecimiento por 90 días por correo y pagará solo el costo de un suministro para 60 días. Es fácil y conveniente, puede resurtir sus recetas en línea, por teléfono o por correo electrónico. Hasta puede consultar a un farmacéutico.

90% de personas en el área de servicios de CareFirst viven a **dos millas** de una farmacia participante.

Con el plan de la Parte D de Medicare, lo que pague depende de varias cosas.

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

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

¿EN QUÉ NIVEL ESTÁ SU MEDICAMENTO?

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

¿CUÁLES FARMACIAS SE ENCUENTRAN EN LA RED DE CAREFIRST?

Tendrá acceso a más de 65,000 farmacias independientes y a las principales cadenas en todo el país, entre ellas, CVS, Walmart, Walgreens, Rite Aid, Safeway, Costco, Kroger, Harris Teeter, Giant y más.

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

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

■ Etapa 1: Deducible

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

■ Etapa 2: Límite de Cobertura Inicial

Pagará los copagos o el coseguro para los medicamentos cubiertos hasta que el costo total de sus medicamentos más los pagos del plan excedan \$4,130 en 2021.

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

Esta etapa da comienzo después de que el total de los costos de medicamentos anuales (incluso lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcance el monto de \$4,130 en 2021.

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

■ Etapa 4: Cobertura ante Catástrofes

Después de que sus costos de medicamentos de gastos de bolsillo (incluso los medicamentos que compra por medio de farmacias de venta al público y farmacias con servicio de pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550 en 2021, usted pagará una de las siguientes sumas, la que sea mayor: un coseguro del 5 % o un copago de \$3.70 para medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que son considerados genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos.

Accesorios de los Planes Dentales y de la Vista

DISPONIBLE SOLAMENTE CON EL PLAN MEJORADO DE CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE

CareFirst conoce el valor de tener una buena vista y una sonrisa saludable. Es por eso por lo que para las personas que buscan servicios dentales y de la vista integrales, ofrecemos **Accesorios de los planes dentales y de la vista por una prima mensual baja adicional.**

Este paquete agrega servicios dentales integrales más allá de los servicios que ya cubre el Plan Mejorado, lo que incluye servicios dentales que no son de rutina, servicios mayores

de restauración, endodoncias, periodoncias quirúrgicas, extracciones quirúrgicas, prostodoncias y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial para mantener su sonrisa luciendo en todo su esplendor. Nuestro plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,000 por el total del año para los servicios dentales adicionales.

Los gastos cubiertos adicionales para los marcos y lentes de contacto le dan la libertad de elegir lo que mejor se adapte a su estilo.



ACCESORIOS DE LOS PLANES DENTALES Y DE LA VISTA

PRIMA MENSUAL ADICIONAL

\$17

Mayor Cobertura Dental Integral

Gastos Cubiertos Adicionales para Servicios de la Vista

Copagos de Beneficios Destacados:

- Servicios que no son de rutina: \$15
- Servicios de restauración complejos: \$15 a \$500
- Endodoncia: \$100 a \$200
- Periodoncia quirúrgica: \$100 a \$300
- Extracciones quirúrgicas: \$100
- Prostodoncia, cirugía bucal/ maxilofacial y otros servicios: \$40 a \$700

Copagos para los Beneficios Ofrecidos para los Servicios de la Vista:

- Más dinero para sus marcos: \$100
- Más dinero para sus lentes de contacto: \$100
- Evaluación del gasto cubierto para los lentes de contacto: \$60

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

¿Está Listo Para Inscribirse?

PASO 1

Compare los planes y la cobertura.

Use la hoja de trabajo que se encuentra en la página 19 de este folleto, o llámenos al 833-473-0394 para obtener el beneficio de una revisión personalizada para ayudarle a determinar qué plan se ajusta mejor a sus necesidades.



PASO 2

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

PASO 3

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

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
CareFirst Advantage Inc.
Enrollment Correspondence
P.O. Box 3236
Scranton, PA 18505

Esto Es lo que Puede Esperar Después de Inscribirse

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

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

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

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

Estamos aquí
para servirle.

833-473-0394 (TTY: 711)
8 a. m. a 6 p. m., hora del Este,
de lunes a viernes
8 a. m. a 12 p. m. hora del Este,
los sábados

Visite carefirst.com/medicare
para obtener más información
o llame para programar
una cita en persona con un
agente de ventas habilitado.

Recursos y Formularios

Hoja de Trabajo de Comparación de Planes

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

	PLAN ACTUAL	BÁSICO	MEJORADO
Prima mensual	\$	\$35	\$95
Deducible médico	\$	\$0	\$0
Deducible de farmacia	\$	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos	\$	\$7,550	\$6,550
Copago por visita al proveedor de atención primaria	\$	\$5	\$0
Copago por visita al especialista	\$	\$50	\$30
Copago por visita de atención de urgencia	\$	\$30	\$20
Copago por examen de la vista de rutina	\$	\$20	\$10
Copago por servicios dentales preventivos	\$	\$30	\$20
Copago por servicios dentales integrales	\$	no disponible	\$15 a \$60
Copago por exámenes de audición de rutina	\$	\$0	\$0
Afiliación a un gimnasio/centro de acondicionamiento físico	\$	\$0	\$0
Copago de medicamentos con receta Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$	\$7	\$5

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>acetaminofén-codeína</i>	3
ADVAIR DISKUS	3
<i>alendronato de sodio</i>	1
<i>alopurinol</i>	2
<i>alprazolam</i>	2
<i>besilato de amlodipina</i>	1
<i>amoxicilina</i>	Cápsulas/Tabletas/Suspensión: 1 Masticable: 2
<i>amoxicilina-clavulanato de potasio</i>	Tableta: 2 o 4 Suspensión: 3 o 4 Masticable: 4
<i>atenolol</i>	1
<i>atorvastatina de calcio</i>	1
<i>azitromicina</i>	Tableta: 1 Suspensión: 3
<i>baclofeno</i>	3
<i>mesilato de benztropina</i>	3
<i>bupropión xl</i>	3
<i>clorhidrato de buspirona</i>	1 o 3
<i>carvedilol</i>	1

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

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>cefalexina</i>	Cápsula: 1 Suspensión: 3
<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i>	1 o 4
<i>hidrobromuro de citalopram</i>	Tableta: 1 Solución oral: 3
<i>clonazepam</i>	2
<i>clorhidrato de clonidina</i>	Tableta: 1 Parche: 4
<i>clopidogrel</i>	1
<i>clorhidrato de ciclobenzaprina</i>	3
<i>diazepam</i>	Tableta: 2 Solución oral/concentrado: 3
<i>diclofenaco sódico</i>	Tableta DR: 2 Gel tópico: 3
<i>divalproato sódico</i>	3
<i>clorhidrato de donepezilo</i>	2
<i>hiclato de doxiciclina</i>	3
<i>clorhidrato de duloxetina</i>	3
ELIQUIS	3
<i>oxalato de escitalopram</i>	Tableta: 1 Solución oral: 4
<i>finasterida</i>	1
<i>hiclato de fluoxetina</i>	Cápsula: 1 o 2 Solución oral: 3
<i>propionato de fluticasona</i>	Suspensión nasal: 2 Crema/ungüento: 3
<i>furosemida</i>	Tableta: 1 Solución oral: 2
<i>gabapentina</i>	Cápsula: 2 Tableta/Solución oral: 3
<i>glimepirida</i>	1
<i>glipizida</i>	1
<i>clorhidrato de hidralazina</i>	2
<i>hidroclorotiazida</i>	1
<i>hidrocodona/acetaminofén</i>	Tableta: 3 Solución oral: 4
<i>ibuprofeno</i>	Tableta: 1 Suspensión: 3
<i>mononitrato de isosorbida</i>	1
JANUVIA	3
<i>lamotrigina</i>	Tableta: 1 Masticable: 3
LANTUS SOLOSTAR	No cubierto (BASAGLAR cubierto: 3)

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>latanoprost</i>	2
<i>levetiracetam</i>	3
<i>levofloxacina</i>	Tableta: 1 Solución oral: 4
<i>levotiroxina sódica</i>	2
<i>lisinopril</i>	1
<i>lisinopril e hidroclorotiazida</i>	1
<i>lorazepam</i>	Tableta: 2 Solución oral: 3
<i>losartán potásico</i>	1
<i>losartán-hidroclorotiazida</i>	1
<i>lovastatina</i>	1
LYRICA	No cubierto (Genérico cubierto)
<i>meloxicam</i>	1
<i>clorhidrato de metformina</i>	1
<i>clorhidrato de metformina de liberación prolongada</i>	1
<i>metilprednisolona</i>	Paquete terapéutico: 2 Tableta: 3
<i>succinato de metoprolol</i>	2
<i>tartrato de metoprolol</i>	1
<i>mirtazapina</i>	2 o 3
<i>montelukast sódico</i>	Tableta: 1 Masticable: 2 Gránulos: 4
<i>sulfato de morfina er</i>	3
<i>naproxeno</i>	1
<i>nifedipina er</i>	3
<i>olanzapina</i>	2
<i>omeprazol</i>	1
<i>clorhidrato de oxicodona</i>	Tableta: 3 Cápsula/Solución oral: 4
<i>oxicodona-acetaminofén</i>	3
<i>pantoprazol sódico</i>	1
<i>clorhidrato de paroxetina</i>	2
<i>polietilenglicol 3350</i>	Sin cobertura
<i>cloruro de potasio</i>	Tableta: 2 Cápsula: 3 Paquete/Solución oral: 4
<i>pravastatina sódica</i>	1

Los 100 Principales Medicamentos con Receta

Nombre del Medicamento	Nivel Básico/Nivel Mejorado
<i>prednisona</i>	Tableta: 2 Paquete terapéutico: 3 Solución oral: 4
PROAIR HFA	No cubierto (Genérico cubierto)
<i>fumarato de quetiapina</i>	3
<i>clorhidrato de ranitidina</i>	Sin cobertura
<i>risperidona</i>	Tableta: 2 Solución oral: 3
<i>rosuvastatina de calcio</i>	1
<i>clorhidrato de sertralina</i>	Tableta: 1 Solución oral: 3
<i>simvastatina</i>	1
<i>espironolactona</i>	1
<i>trimetoprima/sulfametoxazol</i>	Tableta: 1 Suspensión: 3
SYNTHROID	4
<i>clorhidrato de tamsulosina</i>	2
<i>clorhidrato de tramadol</i>	2
<i>clorhidrato de trazodona</i>	1
<i>acetónido de triamcinolona</i>	Ungüento/Crema: 2 Loción: 3
<i>triamterena e hidroclorotiazida</i>	1
<i>valsartán</i>	1
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	1
<i>clorhidrato de venlafaxina er</i>	2
VENTOLIN HFA	3
<i>warfarina sódica</i>	1
XARELTO	3
<i>tartrato de zolpidem</i>	2

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., 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.

Resumen de Beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

H6067-001-001, H6067-001-002

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

H6067-002-001, H6067-002-002

Resumen de Beneficios de 2021

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

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

¿Quién es elegible para inscribirse en nuestros planes?

Toda aquella persona que califica para la Parte A de Medicare, esté inscrita en la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicios. El área de servicios de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Baltimore, ciudad de Baltimore, Carroll, Frederick, Harford, Howard, Montgomery y Prince George.

Cómo comprender sus opciones

Los beneficios de Medicare se ofrecen por medio de Medicare Original, el cual dirige el gobierno federal. Otra opción es inscribirse para recibir los beneficios de Medicare por medio de un plan de salud de Medicare Advantage con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.

En medicare.gov, encontrará la herramienta Buscador de Planes de Medicare. Además, puede visualizar el manual gratuito "Medicare y Usted" en ese mismo sitio web. Los manuales impresos están disponibles a pedido. Para recibir su copia, llame al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Farmacia

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

Redes de Proveedores

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

Es posible que las derivaciones solo se requieran para la atención de especialista.

¿Necesita más información?

Comuníquese al 855-290-5744 (TTY:711) de 8:00 a. m. a 8:00 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

Sitio web: carefirst.com/medicare

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>A continuación, se incluye la información relacionada con las primas, los deducibles y los límites mensuales respecto de cuánto debe pagar por los servicios.</p> <p>Si usa proveedores que no se encuentran en nuestra red, el plan no puede pagar por esos servicios. Es posible que se requieran derivaciones para la atención de especialista.</p>		
Prima mensual del plan	\$35.00 Debe seguir pagando su prima de la Parte B todos los meses.	\$95.00 Debe seguir pagando su prima de la Parte B todos los meses.
Deducibles	Sin deducible.	Sin deducible.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<p>Como todos los planes de salud de Medicare Advantage, nuestro plan lo protege al contar con límites anuales en sus gastos de bolsillo para recibir atención médica y hospitalaria.</p> <p>En este plan, sus límites anuales son de \$7,550.00 por los servicios que recibe de los proveedores adheridos a la red en el caso de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, sigue recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos. Además, pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.</p>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare Advantage, nuestro plan lo protege al contar con límites anuales en sus gastos de bolsillo para recibir atención médica y hospitalaria.</p> <p>En este plan, sus límites anuales son de \$6,550.00 por los servicios que recibe de los proveedores adheridos a la red en el caso de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, sigue recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos. Además, pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.</p>
Cobertura en hospitales para pacientes internados Es posible que se requiera autorización previa.	<p>Nuestro plan cubre 90 días para cada permanencia en el hospital de pacientes internados que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$350.00 por día desde el día 1 hasta el día 5.</p> <p>Paga un copago de \$0.00 por día desde el día 6 hasta el día 90.</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días para cada permanencia en el hospital de pacientes internados que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$275.00 por día desde el día 1 hasta el día 5.</p> <p>Paga un copago de \$0.00 por día desde el día 6 hasta el día 90.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Cobertura en hospitales para pacientes internados (continuación)</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida. Son días adicionales que cubrimos. Si la permanencia en el hospital es mayor a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de atención en hospitales para pacientes internados se limitará a los 90 días por año contractual.</p>	<p>Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida. Son días adicionales que cubrimos. Si la permanencia en el hospital es mayor a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de atención en hospitales para pacientes internados se limitará a los 90 días por año contractual.</p>
<p>Cobertura en hospitales para pacientes ambulatorios</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>Paga un copago de \$250.00 por cada visita que realicen los pacientes ambulatorios a hospitales y que cubra Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$200.00 por cada visita a los centros de cirugía ambulatoria que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$150.00 por cada visita que realicen los pacientes ambulatorios a hospitales y que cubra Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$100.00 por cada visita a los centros de cirugía ambulatoria que cubre Medicare.</p>
<p>Visitas a médicos</p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p> <p>Es posible que se requieran derivaciones y autorizaciones previas para las visitas a especialistas.</p>	<p>Paga un copago de \$5.00 por cada visita a los proveedores de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$50.00 por cada visita a especialistas que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$0.00 por cada visita a los proveedores de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$30.00 por cada visita a especialistas que cubre Medicare.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Cuidados preventivos</p>	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo alguno cuando visita a un proveedor adherido a la red.</p> <p>Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.</p>	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo alguno cuando visita a un proveedor adherido a la red.</p> <p>Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Paga un copago de \$90.00 por cada visita de atención de emergencia que cubre Medicare.</p> <p>No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 24 horas.</p> <p>También está cubierta la atención de emergencia internacional (fuera de los Estados Unidos). Existe un máximo combinado de \$25,000 para los servicios internacionales de emergencias/urgencia. Paga un copago de \$90.00. No se exige el copago si se hospitaliza.</p>	<p>Paga un copago de \$90.00 por cada visita de atención de emergencia que cubre Medicare.</p> <p>No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 24 horas.</p> <p>También está cubierta la atención de emergencia internacional (fuera de los Estados Unidos). Existe un máximo combinado de \$50,000 para los servicios internacionales de emergencias/urgencia. Paga un copago de \$0.00.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Paga un copago de \$30.00 por cada visita de atención de urgencia que cubre Medicare.</p> <p>No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas.</p> <p>También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesita con urgencia. Existe un máximo combinado de \$25,000 para los servicios internacionales de emergencias/urgencia. Paga un copago de \$30.00. No se exige el copago si se hospitaliza.</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por cada visita de atención de urgencia que cubre Medicare.</p> <p>No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas.</p> <p>También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesita con urgencia. Existe un máximo combinado de \$50,000 para los servicios internacionales de emergencias/urgencia. Paga un copago de \$0.00.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Servicios de diagnóstico/ pruebas de laboratorio/ diagnóstico por imágenes</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>		
<p>Procedimientos y pruebas diagnósticas</p>	<p>Paga un copago de \$50.00 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubre Medicare.</p>
<p>Servicios de laboratorio</p>	<p>Paga \$0.00 por los servicios de laboratorio que cubre Medicare.</p>	<p>Paga \$0.00 por los servicios de laboratorio que cubre Medicare.</p>
<p>Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, tomografía computada y resonancia magnética)</p>	<p>Paga un copago de \$200.00 por el servicio de radiología diagnóstica que cubre Medicare.</p> <p>Las mamografías se cubren con un copago de \$0.00 como parte de los cuidados preventivos que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$150.00 por el servicio de radiología diagnóstica que cubre Medicare.</p> <p>Las mamografías se cubren con un copago de \$0.00 como parte de los cuidados preventivos que cubre Medicare.</p>
<p>Servicios de radiología terapéutica</p>	<p>Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.</p>
<p>Radiografías de pacientes ambulatorios</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por el servicio de radiografías que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$10.00 por el servicio de radiografías que cubre Medicare.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</p> <p>Exámenes de audición de rutina</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por cada examen de audición que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$0.00 por un examen anual de audición de rutina. Paga un copago de \$0.00 por un servicio de ajuste y evaluación de audífonos por año. Estas visitas se cubren por medio de nuestro vendedor NationsHearing.</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por cada examen de audición que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$0.00 por un examen anual de audición de rutina. Paga un copago de \$0.00 por un servicio de ajuste y evaluación de audífonos por año. Estas visitas se cubren por medio de nuestro vendedor NationsHearing.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <p>Audífonos</p>	<p>Nuestro plan también cubre audífonos por medio de nuestro vendedor NationsHearing:</p> <p>Paga un copago de \$475.00 a \$1,950.00 por audífono en función del nivel de tecnología.</p>	<p>Nuestro plan también cubre audífonos por medio de nuestro vendedor NationsHearing:</p> <p>Paga un copago de \$400.00 a \$1,875.00 por audífono en función del nivel de tecnología.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales que cubre Medicare para la reconstrucción de la mandíbula, la lesión accidental o las extracciones en preparación del tratamiento de radiación.</p> <p>Servicios preventivos</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por cada servicio dental que cubre Medicare.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios dentales preventivos:</p> <p>Paga un copago de \$30.00 por los exámenes bucales con un límite de 2 por año.</p> <p>Paga un copago de \$30.00 por la profilaxis (limpieza) con un límite de 2 por año.</p> <p>Paga un copago de \$30.00 por el tratamiento con flúor con un límite de 2 por año.</p> <p>Paga un copago de \$30.00 por las radiografías dentales con un límite de 2 por año.</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por cada servicio dental que cubre Medicare.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios dentales preventivos:</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por los exámenes bucales con un límite de 2 por año.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por la profilaxis (limpieza) con un límite de 2 por año.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por el tratamiento con flúor con un límite de 2 por año.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por las radiografías dentales con un límite de 2 por año.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Otros servicios dentales integrales</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Este plan no cubre ningún otro servicio dental integral.</p>	<p>Nuestro plan también cubre otros servicios dentales integrales:</p> <p>Paga un copago de \$15.00 a \$30.00 por servicios que no son de rutina, que incluyen medicamento para detener las caries y tratamiento para el dolor dental de emergencia.</p> <p>Paga un copago de \$30.00 a \$60.00 por los servicios básicos de restauración, incluso empastes de composite y amalgama.</p> <p>Paga un copago de \$50.00 a \$60.00 por los servicios de periodoncia no quirúrgica.</p> <p>Paga un copago de \$40.00 a \$50.00 por los servicios de extracciones no quirúrgicas.</p>
<p>Servicios de la visión</p> <p>Visitas para diagnosticar y tratar las afecciones y las enfermedades del ojo.</p> <p>Prueba exploratoria preventiva de glaucoma</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</p> <p>Examen de rutina de la vista</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por el examen de la vista que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$0.00.</p> <p>Paga un copago de \$0.00.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por un examen de rutina de la vista todos los años (incluye dilatación y refracción) por medio de nuestro vendedor, Davis Vision.</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por el examen de la vista que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$0.00.</p> <p>Paga un copago de \$0.00.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por un examen de rutina de la vista todos los años (incluye dilatación y refracción) por medio de nuestro vendedor, Davis Vision.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Servicios de la visión (continuación)</p> <p>Examen de rutina de la enfermedad del ojo diabético</p> <p>Otro gasto cubierto de lentes y accesorios</p>	<p>Paga un copago de \$0.00 para la realización de los exámenes de la enfermedad del ojo diabético todos los años por medio de nuestro vendedor, Davis Vision.</p> <p>El plan también cubre lentes y accesorios adicionales por medio de nuestro vendedor Davis Vision:</p> <p>Ciertos marcos que se adquirieron de la exclusiva colección de nuestro vendedor se cubrirán por completo por medio de nuestro socio de servicios de la vista. Los marcos que no formen parte de la colección tendrán un gasto cubierto de \$75.00 por año.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por los lentes de anteojos.</p> <p>Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, serán cubiertos por completo por medio de nuestro vendedor Davis Vision.</p> <p>El gasto cubierto optativo de lentes de contacto es de \$100.00 por año. La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto no están cubiertos.</p>	<p>Paga un copago de \$0.00 para la realización de los exámenes de la enfermedad del ojo diabético todos los años por medio de nuestro vendedor, Davis Vision.</p> <p>El plan también cubre lentes y accesorios adicionales por medio de nuestro vendedor Davis Vision:</p> <p>Ciertos marcos que se adquirieron de la exclusiva colección de nuestro vendedor se cubrirán por completo por medio de nuestro socio de servicios de la vista. Los marcos que no formen parte de la colección tendrán un gasto cubierto de \$100.00 por año.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por los lentes de anteojos.</p> <p>Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, serán cubiertos por completo por medio de nuestro vendedor Davis Vision.</p> <p>El gasto cubierto optativo de lentes de contacto es de \$125.00 por año. La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto no están cubiertos.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Terapia individual ambulatoria por visita</p> <p>Terapia grupal ambulatoria por visita</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por cada visita de terapia individual ambulatoria.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por cada visita de terapia grupal ambulatoria.</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por cada visita de terapia individual ambulatoria.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por cada visita de terapia grupal ambulatoria.</p>

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Centro de cuidados especializados Es posible que se requiera autorización previa.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Cuidados Especializados. Paga un copago de \$0.00 por día desde el día 1 hasta el día 20. Paga un copago de \$180.00 por día desde el día 21 hasta el día 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Cuidados Especializados. Paga un copago de \$0.00 por día desde el día 1 hasta el día 20. Paga un copago de \$160.00 por día desde el día 21 hasta el día 100.
Fisioterapia Es posible que se requiera autorización previa.	Paga \$30.00 por visita por los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o tratamientos de patologías del habla y el lenguaje.	Paga \$20.00 por visita por los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o tratamientos de patologías del habla y el lenguaje.
Ambulancia Es posible que se requiera autorización para el servicio de Medicare que no es de emergencia	Paga un copago de \$240.00 por los servicios de transporte terrestre. Paga un coseguro del 20 % por los servicios de transporte aéreo.	Paga un copago de \$200.00 por los servicios de transporte terrestre. Paga un coseguro del 20 % por los servicios de transporte aéreo.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Es posible que se requiera autorización previa	Paga un coseguro del 20 % por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B u otros medicamentos.	Paga un coseguro del 20 % por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B u otros medicamentos.
Otros servicios		
Línea que brinda asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día	Paga un copago de \$0.00 por los servicios que presta la línea que brinda asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día.	Paga un copago de \$0.00 por los servicios que presta la línea que brinda asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día.
Visita por video (telesalud)	La visita por video por medio de nuestro vendedor les permite a los afiliados conectarse de forma segura con un proveedor para recibir servicios de atención de urgencia y salud conductual (terapia y psiquiatría).	La visita por video por medio de nuestro vendedor les permite a los afiliados conectarse de forma segura con un proveedor para recibir servicios de atención de urgencia y salud conductual (terapia y psiquiatría).

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Visita por video (telesalud) (continuación)	Paga un copago de \$30.00 por los servicios de atención de urgencia y un copago de \$40.00 por los servicios de salud conductual individual (servicios de especialidades de salud mental o servicios psiquiátricos).	Paga un copago de \$20.00 por los servicios de atención de urgencia y un copago de \$20.00 por los servicios de salud conductual individual (servicios de especialistas de salud mental y servicios psiquiátricos).
Servicios de acupuntura		
Acupuntura para tratar el dolor de espalda crónico	Paga un copago de \$50.00 por los servicios de acupuntura en un consultorio de especialista.	Paga un copago de \$30.00 por los servicios de acupuntura en un consultorio de especialista.
Servicios de acupuntura de rutina	Este plan no cubre las visitas de acupuntura de rutina.	Paga un copago de \$20.00 por cada visita de acupuntura de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Servicios quiroprácticos Es posible que se requiera autorización previa.	Paga un copago de \$20.00 por cada visita de servicio quiropráctico que cubre Medicare. Este plan no cubre la atención quiropráctica de rutina.	Paga un copago de \$10.00 por cada visita de servicio quiropráctico que cubre Medicare. Paga un copago de \$10.00 por cada visita de servicio quiropráctico de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Servicios de podología Es posible que se requiera autorización previa.	Paga un copago de \$40.00 por cada visita de podología que cubre Medicare. Este plan no cubre la atención de podología de rutina.	Paga un copago de \$30.00 por cada visita de podología que cubre Medicare. Paga un copago de \$10.00 por cada servicio de podología de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Servicios psiquiátricos	Paga un copago de \$40.00 por cada sesión individual. Paga un copago de \$20.00 por cada sesión grupal.	Paga un copago de \$20.00 por cada sesión individual. Paga un copago de \$10.00 por cada sesión grupal.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Otros servicios de telemedicina</p> <p>Es posible que se requieran derivaciones y autorizaciones previas para los servicios de especialistas.</p>	<p>Usted paga:</p> <p>Un copago de \$5.00 por el servicio de Proveedores de Atención Primaria</p> <p>Un copago de \$50.00 por el servicio de Especialistas</p> <p>Un copago de \$40.00 por la sesión Individual de Salud Mental</p> <p>Un copago de \$20.00 por la sesión Grupal de Salud Mental</p> <p>Un copago de \$40.00 por la sesión Individual de Servicios Psiquiátricos</p> <p>Un copago de \$20.00 por la sesión Grupal de Servicios Psiquiátricos</p> <p>El servicio adicional de telemedicina está cubierto mediante los servicios por video que brindan los proveedores adheridos a la red únicamente.</p>	<p>Usted paga:</p> <p>Un copago de \$0.00 por el servicio de Proveedores de Atención Primaria</p> <p>Un copago de \$30.00 por el servicio de Especialistas</p> <p>Un copago de \$20.00 por la sesión Individual de Salud Mental</p> <p>Un copago de \$10.00 por la sesión Grupal de Salud Mental</p> <p>Un copago de \$20.00 por la sesión Individual de Servicios Psiquiátricos</p> <p>Un copago de \$10.00 por la sesión Grupal de Servicios Psiquiátricos</p> <p>El servicio adicional de telemedicina está cubierto mediante los servicios por video que brindan los proveedores adheridos a la red únicamente.</p>
<p>SilverSneakers</p>	<p>Está automáticamente inscrito en el programa de fitness de SilverSneakers® sin cargo alguno.</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física.</p> <p>Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y la aplicación SilverSneakers GO.</p> <p>También puede registrarse para recibir un kit de fitness en su domicilio.</p> <p>Tendrá acceso a miles de gimnasios ubicados en todo el país donde podrá hacer uso de instalaciones básicas. SilverSneakers ofrece distintivas clases de ejercicios especialmente diseñadas para todos los niveles de fitness, además de las clases de ejercicios grupales para todos los niveles en selectas ubicaciones.</p>	

Accesorios de los planes dentales y de la visión

Disponibles para los inscritos en el Plan Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) únicamente. Los beneficios dentales y para la visión no están disponibles para la inscripción por separado.

Beneficio	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Prima mensual	No corresponde	\$17.00 por mes además de la prima de su plan mensual para el Plan Mejorado.
Beneficios dentales	Los accesorios de los planes dentales y de la visión no se ofrecen con este plan.	<p>El plan cuenta con un monto de cobertura máxima de \$1,000 por año para los servicios dentales integrales.</p> <p>Servicios adicionales que se incluyen en el paquete de actualizaciones:</p> <p>Servicios que no son de rutina</p> <p>Paga un copago de \$15.00 para la aplicación de medicamentos que se utilizan para insensibilizar.</p> <p>Servicios de restauración complejos</p> <p>Los copagos de servicios de restauración complejos varían según los servicios e incluyen colocación quirúrgica, dientes pilares, implantes, desbridamiento, implantes radiográficos/quirúrgicos, recubrimientos, coronas, recementado, readhesión, acumulación de núcleo y mucho más. En líneas generales, los servicios se prestan cada 5 años. Sin embargo, algunos servicios se prestan una vez cada 12 meses y otros según fueran necesarios.</p> <p>Paga un copago de \$15.00 a \$500.00.</p>

Accesorios de los planes dentales y de la visión

Disponibles para los inscritos en el Plan Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) únicamente. Los beneficios dentales y para la visión no están disponibles para la inscripción por separado.

Beneficio	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Beneficios dentales (continuación)</p>	<p>Los accesorios de los planes dentales y de la visión no se ofrecen con este plan.</p>	<p>Endodoncia</p> <p>Los copagos de endodoncia varían según los servicios, los cuales incluyen terapia de endodoncia, retratamiento, apicectomía, empaste retrógrado, amputación de raíz y mucho más. En general, los servicios se prestan una vez por diente de por vida. Sin embargo, algunos servicios se brindan según fueran necesarios.</p> <p>Paga un copago de \$100.00 a \$200.00.</p> <p>Periodoncia quirúrgica</p> <p>Los copagos por periodoncia quirúrgica varían según los servicios, los cuales incluyen gingivectomía, gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, reemplazo de hueso y mucho más. Los servicios se prestan cada 5 años.</p> <p>Paga un copago de \$100.00 a \$300.00.</p> <p>Extracciones quirúrgicas</p> <p>Paga un copago de \$100.00 por las extracciones quirúrgicas de dientes erupcionados y dientes impactados o la extirpación de raíces dentales residuales y mucho más.</p>

Accesorios de los planes dentales y de la visión

Disponibles para los inscritos en el Plan Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) únicamente. Los beneficios dentales y para la visión no están disponibles para la inscripción por separado.

Beneficio	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Beneficios dentales (continuación)</p>	<p>Los accesorios de los planes dentales y de la visión no se ofrecen con este plan.</p>	<p>Prostodoncia, cirugía bucal/ maxilofacial y otros servicios</p> <p>Los copagos por prostodoncia, cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios varían según los servicios, los cuales incluyen dientes falsos (pontic)/de titanio/porcelana/ resina, corona de retenedor, prótesis dental completa, prótesis dental inmediata, prótesis dental parcial maxilar, prótesis mandibular, ajuste de prótesis completa/parcial, reparaciones y reemplazos, reparación de base, rebasado, acondicionamiento de tejido, sobreprótesis y mucho más. Los servicios varían entre una vez cada 12 meses, 36 meses y 5 años en el caso de la prostodoncia. Los servicios varían entre una vez por diente de por vida o según fuera necesario en el caso de otros servicios bucales/ maxilofaciales.</p> <p>Paga un copago de \$40.00 a \$700.00.</p>

Accesorios de los planes dentales y de la visión

Disponibles para los inscritos en el Plan Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) únicamente. Los beneficios dentales y para la visión no están disponibles para la inscripción por separado.

Beneficio	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Beneficios para la visión	Los accesorios de los planes dentales y de la visión no se ofrecen con este plan.	<p>Gastos cubiertos adicionales que se incluyen con la actualización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se suma el gasto cubierto adicional de \$100.00 para los marcos. En total, el gasto cubierto para marcos es de \$200.00. ■ Se suma el gasto cubierto adicional de \$100.00 para los lentes de contacto. En total, el gasto cubierto para lentes de contacto es de \$225.00. ■ Se cubre un gasto de hasta \$60.00 para la actualización de la evaluación y el ajuste de los lentes de contacto.

Medicamentos de la Parte D de Medicare

<p>Etapa de Cobertura Inicial</p>	<p>Paga los copagos que se indican en las tablas que se muestran a continuación hasta que el total de los costos de sus medicamentos anuales alcance la suma de \$4,130.00 en 2021. El total de los costos de medicamentos anuales resulta de la suma del total de los costos de medicamentos que usted paga y del total que paga nuestro plan de la Parte D. Podrá obtener sus medicamentos en las farmacias de venta al público de la red, las farmacias de venta de medicamentos de especialidad y las farmacias con servicio de pedido por correo. Los gastos compartidos están en función del nivel en el que se encuentra el medicamento y en el momento en que ingresa a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los gastos compartidos adicionales que son específicos de las farmacias y las fases del beneficio, llámenos o consulte nuestro folleto de Evidencia de Cobertura.</p> <p>Descripciones de niveles de gastos compartidos de medicamentos con receta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nivel 1: los medicamentos genéricos preferidos incluyen el nivel más bajo de gastos compartidos. ■ Nivel 2: los medicamentos genéricos incluyen un nivel más alto de gastos compartidos que el Nivel 1. ■ Nivel 3: los medicamentos de marcas preferidas incluyen un nivel medio de gastos compartidos. ■ Nivel 4: los medicamentos de marcas no preferidas incluyen un nivel de gastos compartidos más alto que el Nivel 3. ■ Nivel 5: los medicamentos de marcas especiales incluyen el nivel más alto de gastos compartidos.
<p>Período sin Cobertura</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare incluyen un período sin cobertura (que también se denomina “hueco de rosquilla”). Esto significa que existe un cambio temporal respecto del monto que paga por sus medicamentos. El período sin cobertura da comienzo después de que el total de costos de medicamentos anuales (incluso lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcance el monto de \$4,130.00 en 2021. Después de que comience el período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen un total de \$6,550.00, monto que constituye el final del período sin cobertura.</p>
<p>Cobertura ante Catástrofes</p>	<p>Después de que sus costos de medicamentos de gastos de bolsillo (incluso los medicamentos que compra por medio de farmacias de venta al público, farmacias de venta de medicamentos especiales y farmacias con servicio de pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550.00 en 2021, usted paga una de las siguientes sumas, la que sea mayor: un coseguro del 5 % o un copago de \$3.70 para medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que son considerados genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos.</p>

Medicamentos de la Parte D de Medicare		
Cobertura para residentes de centros de atención a largo plazo	Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos por medio de su farmacia, paga el mismo copago para los medicamentos con receta que adquiere en las farmacias de venta al público durante 30 días, tanto para el Plan Básico como para el Plan Mejorado.	
	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Deducible de Farmacia (Parte D)	No existe deducible por gastos de farmacias en este plan.	No existe deducible por gastos de farmacias en este plan.
Farmacia de venta al público: suministro para 30 días	Copago para el suministro para 30 días de farmacias de venta al público	Copago para el suministro para 30 días de farmacias de venta al público
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7.00 por receta	\$5.00 por receta
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00 por receta	\$15.00 por receta
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47.00 por receta	\$47.00 por receta
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100.00 por receta	\$100.00 por receta
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total por receta	33 % del costo total por receta
Farmacia de venta al público: suministro para 60 días	Copago del suministro para 60 días de farmacias de venta al público	Copago del suministro para 60 días de farmacias de venta al público
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$14.00 por receta	\$10.00 por receta
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$40.00 por receta	\$30.00 por receta
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94.00 por receta	\$94.00 por receta
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$200.00 por receta	\$200.00 por receta
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.

Medicamentos de la Parte D de Medicare		
	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Farmacia de venta al público: suministro para 90 días	Copago del suministro para 90 días de farmacias de venta al público	Copago del suministro para 90 días de farmacias de venta al público
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$21.00 por receta	\$15.00 por receta
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$60.00 por receta	\$45.00 por receta
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$141.00 por receta	\$141.00 por receta
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$300.00 por receta	\$300.00 por receta
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Pedido por correo: suministro para 30 días	Copago para pedido por correo de suministro para 30 días	Copago para pedido por correo de suministro para 30 días
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7.00 por receta	\$5.00 por receta
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00 por receta	\$15.00 por receta
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47.00 por receta	\$47.00 por receta
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100.00 por receta	\$100.00 por receta
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total por receta	33 % del costo total por receta
Pedido por correo: suministro para 60 días	Copago para pedido por correo de suministro para 60 días	Copago para pedido por correo de suministro para 60 días
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$14.00 por receta	\$10.00 por receta
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$40.00 por receta	\$30.00 por receta
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94.00 por receta	\$94.00 por receta
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$200.00 por receta	\$200.00 por receta
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.

Medicamentos de la Parte D de Medicare		
	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Pedido por correo: suministro para 90 días	Copago para pedido por correo de suministro para 90 días	Copago para pedido por correo de suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$14.00 por receta	\$10.00 por receta
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$40.00 por receta	\$30.00 por receta
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94.00 por receta	\$94.00 por receta
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$200.00 por receta	\$200.00 por receta
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.

Cobertura con período de interrupción de medicamentos de la Parte D de Medicare		
	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Cobertura mejorada durante el período de interrupción	La cobertura durante el período de interrupción no está disponible en este plan.	<p>Los afiliados del Plan Mejorado que entran en la etapa del período sin cobertura (hueco de rosquilla) pagarán el copago que se indica a continuación para el Nivel 1 (medicamentos genéricos de marca preferida) o el 25 % del costo del medicamento del plan, el monto que sea inferior mientras se encuentren en la etapa del período sin cobertura.</p> <p>Suministro para 30 días con precio al público: \$5.00</p> <p>Suministro para 60 días con precio al público: \$10.00</p> <p>Suministro para 90 días con precio al público: \$15.00</p> <p>Pedido por correo para 30 días: \$5.00</p> <p>Pedido por correo para 60 días: \$10.00</p> <p>Pedido por correo para 90 días: \$10.00</p> <p>\$5.00 por suministro de medicamentos para 30 días fuera de la red y de medicamentos para atención a largo plazo para 31 días</p>

©2020 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. SilverSneakers GO y SilverSneakers On-Demand son marcas registradas de Tivity Health, Inc. ©2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

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

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

INTENTIONALLY LEFT BLANK

Formulario de Control Previo a la Inscripción

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

Cómo comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente con relación a aquellos servicios para los cuales verá rutinariamente a un médico. Visite [carefirst.com/medicare](https://www.carefirst.com/medicare) o llame al 855-290-5744 TTY: (711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende se encuentran en la red. Si no se encuentran en la lista, significa que seguramente deba elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacia para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, probablemente tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

Entender las reglas importantes

- Además de la prima de su plan mensual, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su pago del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- 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).

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

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

INTENTIONALLY LEFT BLANK

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual



Instrucciones del plan de Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para unirse a 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.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuando puede registrarse para unirse a un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

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

Recordatorios:

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

Según la Ley de Reducción de Papeleo (*Paperwork Reduction Act*) 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. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos de recursos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios sobre la precisión de los plazos estimados o tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, 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.

¿Qué sucede luego?

Debe enviar el formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare
Advantage Enrollment
P.O. Box 3236
Scranton PA 18505

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

¿Cómo solicito ayuda para completar este formulario?

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

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

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

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

Seleccione el plan al cual desea unirse:

Básico de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) • \$35.00 por mes

Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) • \$95.00 por mes

Accesorios de los planes dentales y de la visión • \$17.00 por mes (disponible para la compra con el Mejorado de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage [HMO] únicamente)

PRIMER nombre:

APELLIDO:

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento:

__ / __ / ____
(M M / D D / A A A A)

Sexo:

Masculino

Femenino

Teléfono particular:

()

Dirección de residencia permanente (no ingresar apartado postal):

Condado:

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:

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:

__ - __ - __ - __ - __ - __ - __ - __ - __ - __

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

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

Nombre de otra cobertura:

Número de afiliado para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

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 con 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.
- 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.

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN (CONTINUACIÓN)

- 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 inscrito:

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN SON OPCIONALES

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

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

Español

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

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 855-290-5744 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indica más arriba. Atendemos 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?

Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

Sí No

Indique su Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Número de Identificación del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés):

Dirección de correo electrónico:

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 su prima mediante la deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés).

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. Además de la prima de su plan, será responsable de pagar este monto adicional. 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 el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, que incluyen las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles 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 Extra** en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

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

Nombre del titular de la cuenta:	Número de enrutamiento del banco:
Número de cuenta bancaria:	Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Cuenta corriente <input type="radio"/> Caja de ahorros

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés).

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).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

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

Para uso de la oficina/el agente únicamente	
Nombre o NPN (Número de Productor Nacional) del agente:	
Nombre de la Organización de Marketing de Campo (FMO, por sus siglas en inglés) y NPN de FMO:	
Número de identificación del plan:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:
ICEP/IEP: _____	AEP: _____
SEP (tipo): _____	No elegible: _____

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., 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.

Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, de cada año. Existen excepciones que pueden permitir que se pueda inscribir en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

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

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de la cárcel. 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 tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha) _____.
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda Extra en el pago de la cobertura de medicamentos con receta Medicare (acabo de obtener Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (introduzca la fecha) _____.

Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

-
- 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 a/fuera de un 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) _____.
-
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre natural (como lo declara la Agencia Federal de Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés]). Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.
-

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

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., 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.

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 855-258-6518.

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 es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network y First Care, Inc. son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por First Care, Inc.). Blue Cross®, Blue Shield® y 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 y Blue Shield.

Ayuda con el Idioma Extranjero

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their member identification card. All others may call 855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ፡- ይህ ማስታወቂያ ስለ መደን ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ከተወሰኑ ቀን-ገደቦች በፊት ሊፈጽሟቸው የሚገቡ ነገሮች ሊኖሩ ስለሚችሉ እነዚህን ወሳኝ ቀናት ሊይዝ ይችላሉ። ይኸን መረጃ የማግኘት እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ እገዛ የማግኘት መብት አለዎት። አባል ከሆኑ ከመታወቂያ ካርድዎ በስተጀርባ ላይ ወደተጠቀሰው የስልክ ቁጥር መደወል ይችላሉ። አባል ካልሆኑ ደግሞ ወደ ስልክ ቁጥር 855-258-6518 ደውለው 0ን እንዲጫኑ እስኪነገርዎ ድረስ ንግግሩን መጠበቅ አለብዎ። አንድ ወኪል መልስ ሲሰጥዎ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ያሳውቁ፣ ከዚያም ከተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።

Èdè Yorùbá (Yoruba) Ìtẹ̀lẹ̀kọ: Àkíyèsí yìí ní iwífún nípa isẹ̀ adójú tòfò rẹ̀. Ó le ní àwọn déèti pátó o sì le ní láti gbé igbésẹ̀ ní àwọn ojò gbèdèké kan. O ni ètò láti gba iwífún yí àti iránlówó ní èdè rẹ̀ lófèfè. Àwọn omo-egbé gbòdò pe nòmbà fòdùn tò wà lẹ̀yìn kààdi idánimò wọn. Àwọn mírán le pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípasẹ̀ ijiròrò tí títí a ó fí sọ fún ọ̀ láti tẹ̀ 0. Nígbà tí a sọjú kan bá dáhùn, sọ èdè tí o fẹ̀ a ó sì sọ ọ̀ pọ̀ mọ̀ ògbufò kan.

Tiếng Việt (Vietnamese) Chú ý: Thông báo này chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị. Thông báo có thể chứa những ngày quan trọng và quý vị cần hành động trước một số thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận được thông tin này và hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Các thành viên nên gọi số điện thoại ở mặt sau của thẻ nhận dạng. Tất cả những người khác có thể gọi số 855-258-6518 và chờ hết cuộc đối thoại cho đến khi được nhắc nhấn phím 0. Khi một tổng đài viên trả lời, hãy nêu rõ ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

Tagalog (Tagalog) Atensyon: Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa nasasaklawan ng iyong insurance. Maaari itong maglaman ng mga pinakamahalagang petsa at maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon ayon sa ilang deadline. May karapatan ka na makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong sariling wika nang walang gastos. Dapat tawagan ng mga Miyembro ang numero ng telepono na nasa likuran ng kanilang identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa dulo ng diyologo hanggang sa diktahan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang ahente, sabihin ang wika na kailangan mo at ikokonekta ka sa isang interpreter.

Español (Spanish) Atención: Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Es posible que incluya fechas clave y que usted tenga que realizar alguna acción antes de ciertas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin ningún costo. Los asegurados deben llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar la grabación hasta que se les indique que deben presionar 0. Cuando un agente de seguros responda, indique el idioma que necesita y se le comunicará con un intérprete.

Русский (Russian) Внимание! Настоящее уведомление содержит информацию о вашем страховом обеспечении. В нем могут указываться важные даты, и от вас может потребоваться выполнить некоторые действия до определенного срока. Вы имеете право бесплатно получить настоящие сведения и сопутствующую помощь на удобном вам языке. Участникам следует обращаться по номеру телефона, указанному на тыльной стороне идентификационной карты. Все прочие абоненты могут звонить по номеру 855-258-6518 и ожидать, пока в голосовом меню не будет предложено нажать цифру «0». При ответе агента укажите желаемый язык общения, и вас свяжут с переводчиком.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: इस सूचना में आपकी बीमा कवरेज के बारे में जानकारी दी गई है। हो सकता है कि इसमें मुख्य तिथियों का उल्लेख हो और आपके लिए किसी नियत समय-सीमा के भीतर काम करना ज़रूरी हो। आपको यह जानकारी और संबंधित सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क पाने का अधिकार है। सदस्यों को अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और जब तक 0 दबाने के लिए न कहा जाए, तब तक संवाद की प्रतीक्षा करें। जब कोई एजेंट उत्तर दे तो उसे अपनी भाषा बताएँ और आपको व्याख्याकार से कनेक्ट कर दिया जाएगा।

Bàsɔ̀-wùdù (Bassa) Tò Òùù Cáo! Bǎ̀ nǎ̀ ké bá nyɔ̀ bě́ ké m̀ gbo kpá bó̀ nì fùà-fúá-tiín nyɛɛ̀ jè dyí. Bǎ̀ nǎ̀ ké bédé wé jéé bě́ bḗ m̀ ké dɛ wa m̀ m̀ ké nyuɛɛ̀ nyu hwɛ́ bḗ wé bḗa ké zi. ɔ̀ m̀ nì kpé bḗ m̀ ké bǎ̀ nǎ̀ ké kè gbo-kpá-kpá m̀ m̀ wé dɛ́ dɛ́ nì bídǎ̀-wùdù mú bḗ m̀ ké se wídǎ̀ d̀ pɛ́. Kpoò nyɔ̀ bḗ m̀ dǎ́ fúùn-nòbà nǎ̀ dɛ́ waà I.D. káà̀ dɛ́in nyɛ. Nyɔ̀ t̀òò séin m̀ dǎ́ nòbà nǎ̀ ké: 855-258-6518, ké m̀ m̀ fò tee bḗ wa kée m̀ gbo cɛ́ bḗ m̀ ké nòbà m̀òà 0 kɛɛ̀ dyi pàdà̀in hwè. ɔ̀ jù ké nyɔ̀ d̀ò dyi m̀ gǎ́ jùín, po wuɔ̀ m̀ m̀ pòe dyiɛ, ké nyɔ̀ d̀ò mu bó̀ nìin bḗ ɔ̀ ké nì wuɔ̀ò mú zà.

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: এই নোটিশে আপনার বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এর মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তারিখ থাকতে পারে এবং নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে আপনাকে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। বিনা খরচে নিজের ভাষায় এই তথ্য পাওয়ার এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদেরকে তাদের পরিচয়পত্রের পিছনে থাকা নম্বরে কল করতে হবে। অন্যরা 855-258-6518 নম্বরে কল করে 0 টিপতে না বলা পর্যন্ত অপেক্ষা করতে পারেন। যখন কোনো এজেন্ট উত্তর দেবেন তখন আপনার নিজের ভাষার নাম বলুন এবং আপনাকে দোভাষীর সঙ্গে সংযুক্ত করা হবে।

اردو (Urdu) توجہ: یہ نوٹس آپ کے انشورینس کوریج سے متعلق معلومات پر مشتمل ہے۔ اس میں کلیدی تاریخیں ہو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ آپ کو مخصوص آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ آپ کے پاس یہ معلومات حاصل کرنے اور بغیر خرچہ کیے اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر موجود فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ سبھی دیگر لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبانے کو کہے جانے تک انتظار کریں۔ ایجنٹ کے جواب دینے پر اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور مترجم سے مربوط ہو جائیں گے۔

فارسی (Farsi) توجه: این اعلامیه حاوی اطلاعاتی درباره پوشش بیمه شما است. ممکن است حاوی تاریخ های مهمی باشد و لازم است تا تاریخ مقرر شده خاصی اقدام کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا این اطلاعات و راهنمایی را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. اعضا باید با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی شان تماس بگیرند. سایر افراد می توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا از آنها خواسته شود عدد 0 را فشار دهند. بعد از پاسخگویی توسط یکی از اپراتورها، زبان مورد نیاز را تنظیم کنید تا به مترجم مربوطه وصل شوید.

اللغة العربية (Arabic) تنبيه: يحتوي هذا الإخطار على معلومات بشأن تغطيتك التأمينية، وقد يحتوي على تواريخ مهمة، وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراءات بحلول مواعيد نهائية محددة. يحق لك الحصول على هذه المساعدة والمعلومات بلغتك بدون تحمل أي تكلفة. ينبغي على الأعضاء الاتصال على رقم الهاتف المذكور في ظهر بطاقة تعريف الهوية الخاصة بهم. يمكن للآخرين الاتصال على الرقم 855-258-6518 والانتظار خلال المحادثة حتى يطلب منهم الضغط على رقم 0. عند إجابة أحد الوكلاء، اذكر اللغة التي تحتاج إلى التواصل بها وسيتم توصيلك بأحد المترجمين الفوريين.

中文繁体 (Traditional Chinese) 注意：本聲明包含關於您的保險給付相關資訊。本聲明可能包含重要日期及您在特定期限之前需要採取的行動。您有權利免費獲得這份資訊，以及透過您的母語提供的協助服務。會員請撥打印在身分證背面電話號碼。其他所有人士可撥打電話 855-258-6518，並等候直到對話提示按下按鍵 0。當接線生回答時，請說出您需要使用的語言，這樣您就能與口譯人員連線。

Igbo (Igbo) Nrụbama: Ọkwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. Ọ nwere ike inwe ụbọchị ndị dị mkpa, ị nwere ike ime ihe tupu ụfọdụ ụbọchị njedebe. Ị nwere ikike inweta ozi na enyemaka a n'asụsụ gi na akwughị ụgwọ ọ bụla. Ndị otu kwesiri ịkpọ akara ekwentị di n'azụ nke kaadi njirimara ha. Ndị ọzọ niile nwere ike ịkpọ 855-258-6518 wee chere ụbụbọ ahụ ruo mgbe amanyere ịpị 0. Mgbe onye nnọchite anya zara, kwuo asụsụ ị chọrọ, a ga-ejikọ gi na onye ọkọwa okwu.

Deutsch (German) Achtung: Diese Mitteilung enthält Informationen über Ihren Versicherungsschutz. Sie kann wichtige Termine beinhalten, und Sie müssen gegebenenfalls innerhalb bestimmter Fristen reagieren. Sie haben das Recht, diese Informationen und weitere Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Als Mitglied verwenden Sie bitte die auf der Rückseite Ihrer Karte angegebene Telefonnummer. Alle anderen Personen rufen bitte die Nummer 855-258-6518 an und warten auf die Aufforderung, die Taste 0 zu drücken. Geben Sie dem Mitarbeiter die gewünschte Sprache an, damit er Sie mit einem Dolmetscher verbinden kann.

Français (French) Attention: cet avis contient des informations sur votre couverture d'assurance. Des dates importantes peuvent y figurer et il se peut que vous deviez entreprendre des démarches avant certaines échéances. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement ces informations et de l'aide dans votre langue. Les membres doivent appeler le numéro de téléphone figurant à l'arrière de leur carte d'identification. Tous les autres peuvent appeler le 855-258-6518 et, après avoir écouté le message, appuyer sur le 0 lorsqu'ils seront invités à le faire. Lorsqu'un(e) employé(e) répondra, indiquez la langue que vous souhaitez et vous serez mis(e) en relation avec un interprète.

한국어(Korean) 주의: 이 통지서에는 보험 커버리지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 주요 날짜 및 조치를 취해야 하는 특정 기한이 포함될 수 있습니다. 귀하에게는 사용 언어로 해당 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원이신 경우 ID 카드의 뒷면에 있는 전화번호로 연락해 주십시오. 회원이 아닌 경우 855-258-6518 번으로 전화하여 0을 누르라는 메시지가 들릴 때까지 기다리십시오. 연결된 상담원에게 필요한 언어를 말씀하시면 통역 서비스에 연결해 드립니다.

Diné Bizaad (Navajo) Ge': Díí bee íł hane'ígíí bii' dahólq bee éédahózin béeso ách'ááh naanil ník'ist'i'ígíí bá. Bii' dahólq doo iyisíí yoolkáálgíí dóó t'áádoó le'é ádadoolyíílgíí da yókeedgo t'áá doo bee e'e'aahí ájiil'ííh. Bee ná ahót'i' díí bee íł hane' dóó níká'ádoowł t'áá nínizaad bee t'áá jiik'é. Atah danilínígíí béesh bee hane'é bee wólta'ígíí nit'izgo bee nee hódolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'í' hodoonihjí'. Aadóó náánáta' éi kóji' dahódoonih 855-258-6518 dóó yii diiłts'ííł yatí'ígíí t'áá níléjji áádóó éi bikéé'dóó naasbaas bił adidiilchił. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitáágo, saad bee yáníłt'i'ígíí yii diikił dóó ata' halne'é lá níká'ádoowł.



CONTÁCTENOS:



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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., 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.