

CareFirst

Medicare Advantage

2023

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

Vigente del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

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

Y0154_H6067_001_MA0526_M_File & Use: 08/22/2022

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO) ofrecido por CareFirst Advantage, Inc (que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage)

Aviso anual de cambios para el 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de los costos importantes, incluidas las primas.**

En este documento, se explican los cambios que se aplican a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.carefirst.com/medicareadvantage. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

- **Puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.**

¿Qué debe hacer ahora?

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médicos y hospitales).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos del 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Considere si nuestro plan le satisface.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra en el reverso de la guía *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si al 7 de diciembre del 2022 no se ha inscrito en otro plan, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.
- Puede cambiarse a un **plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2023**. Esto finalizará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.
- Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una o acaba de mudarse de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-290-5744. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
- Para que le proporcionemos información de una manera que le acomode, llame a Servicios para Miembros. También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.
- **La cobertura bajo este plan se considera una Cobertura de salud calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

- CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Core es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.
- En este documento, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa CareFirst Advantage, Inc. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.

Aviso anual de cambios para el 2023

Índice

Resumen de los costos importantes para el 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	6
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core	14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	17
Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core	17
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare	17

Resumen de los costos importantes para el 2023

La siguiente tabla compara los costos del 2022 con los costos del 2023 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$35	<p>\$33 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George</p> <p>\$18 en los condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard</p>
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará en gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$7,550	\$8,300
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$5 copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$50 copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$5 copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$50 copago por visita</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Días del 1 al 5: \$350 de copago por día</p> <p>Días del 6 al 90: \$0 de copago por día</p>	<p>Días del 1 al 5: \$350 de copago por día</p> <p>Días del 6 al 90: \$0 de copago por día</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son las Insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de hasta 30 días):</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de hasta 30 días):</p>

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>electrónica. Puede identificar las Insulinas seleccionadas mediante el indicador SI (del inglés “Selected Insulins”) que se utiliza para referirse a las Insulinas seleccionadas en la Lista de medicamentos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$7 Nivel 2 de medicamentos: \$20 Nivel 3 de medicamentos: \$47 Nivel 4 de medicamentos: \$100 Nivel 5 de medicamentos: 33% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$7 Nivel 2 de medicamentos: \$20 Nivel 3 de medicamentos: \$47 (\$35 por insulinas seleccionadas) Nivel 4 de medicamentos: \$100 Nivel 5 de medicamentos: 33% del costo total

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 –Cambios en la prima mensual

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).</p>	\$35	<p>\$33 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George</p> <p>\$18 en los condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard</p>

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no contar, durante 63 días o más, con otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”).
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al Gobierno un monto adicional mensual por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en “gastos de bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general, no deberá pagar nada por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$7,550	\$8,300
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,300 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los Directorios de proveedores actualizados están disponibles en nuestro sitio web www.carefirst.com/medicareadvantage. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o solicitarnos que le enviemos un directorio por correo postal.

Es posible que haya cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores de 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es posible que haya cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2023 para conocer las farmacias que están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si lo afecta un cambio de mitad de año en nuestros proveedores, se le notificará sobre ese cambio. Comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 –Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Visita a la sala de urgencias	\$90 de copago por cada visita a la sala de urgencias cubierta por Medicare.	\$95 de copago por cada visita a la sala de urgencias cubierta por Medicare.
Visita a la sala de urgencias en todo el mundo	\$90 de copago por cada visita a la sala de urgencias en todo el mundo	\$95 de copago por cada visita a la sala de urgencias en todo el mundo cubierta por Medicare.
Servicios dentales preventivos	Limpiezas: \$30 de copago por visita Exámenes bucales: \$30 de copago por visita Radiografías dentales: \$30 de copago por visita Tratamiento con flúor: \$25 de copago por servicio	Limpiezas: \$10 de copago por visita Exámenes bucales: \$10 de copago por visita Radiografías dentales: \$10 de copago por visita Tratamiento con flúor: \$10 de copago por servicio
Cobertura para los audífonos con el nivel preferido	No existe opción para los audífonos con el nivel preferido.	El copago de los audífonos con el nivel de tecnología preferido es de \$1,250.

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Modelo de ahorro para adultos mayores (insulina a bajo costo para todos los miembros)	No está cubierto	Cobertura del Nivel 3 para insulinas seleccionadas (farmacias minoristas): <ul style="list-style-type: none"> •30 días \$35 •60 días \$70 •90 días \$105 Cobertura del Nivel 3 para insulinas seleccionadas (envío por correo): <ul style="list-style-type: none"> •30 días \$35 •60 días \$70 •90 días \$70 Cobertura del Nivel 3 para insulinas seleccionadas en el caso de la atención a largo plazo (LTC) y los servicios fuera de la red (OON) \$35 por un mes de suministros
Suministro para tres meses	El suministro para 3 meses es de 90 días para los medicamentos recetados del Nivel 1	El suministro para 3 meses es de 100 días para los medicamentos recetados del Nivel 1
Distribución de costos del suministro para dos meses (farmacias minoristas y envío por correo)	Nivel 1: \$14 de copago Nivel 2: \$40 de copago	Nivel 1: \$7 de copago Nivel 2: \$20 de copago
Distribución de costos del suministro para tres meses	Nivel 1: \$21 de copago (farmacias minoristas) \$14 de copago (envío por correo) Nivel 2: \$60 de copago (farmacias minoristas) \$40 de copago (envío por correo)	Nivel 1: \$7 de copago Nivel 2: \$20 de copago

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.	<p>20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>Su distribución de costos por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es un 20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare cada mes.</p> <p>Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su distribución de costos en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core es de un 20% de coseguro por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>A partir del 1 de julio del 2023, la insulina que se suministre según la Parte B de Medicare a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina convencional médicamente necesaria) está sujeta a un límite de distribución de costos que no superará los \$35 para un suministro de un mes. No se aplica el deducible de la Parte B de Medicare.</p>
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	20% de coseguro por quimioterapia u otros	20% de coseguro del costo total de los medicamentos para quimioterapia u otros

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>	<p>medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>A partir del 1 de abril del 2023, se reducirá el coseguro para los medicamentos reembolsables de la Parte B si el precio del medicamento aumentó a un ritmo más rápido que la tasa de inflación. No pagará más que el monto del coseguro del beneficiario ajustado de Original Medicare. Además, es posible que reciba un reembolso por parte del plan. Nota: Un medicamento reembolsable de la Parte B de Medicare es un medicamento o producto biológico que, por lo general, puede ser inyectado o administrado mediante infusión por un médico en el consultorio o en un centro para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se le enviará electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos.

Hemos hecho cambios a esta lista, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá restricciones.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos que la FDA considere inseguros o que un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el capítulo 9 de la Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

Para averiguar qué medicamentos son las Insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar las Insulinas seleccionadas mediante el indicador SI (del inglés “Selected Insulins”) que se utiliza para referirse a las Insulinas seleccionadas en la Lista de medicamentos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este cuadernillo).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional” [Extra Help]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Incluimos un folleto adicional denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional (Extra Help) para pagar medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) y no recibió este folleto junto con este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La información a continuación muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de distribución de costos en el que se encuentre.

Cómo obtener ayuda de Medicare: Si eligió este plan porque estaba buscando cobertura de insulina a \$35 o menos al mes, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para el 2023 a costos aún más bajos debido a cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas

del día, los 7 días de la semana, a fin de obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales para ayudar: Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-290-5744. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en la distribución de costos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar:</p> <p>Medicamento genérico preferido: Paga \$7 por receta médica</p> <p>Medicamento genérico: Paga \$20 por receta médica</p> <p>Medicamento de marca preferido: Paga \$47 por receta médica</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar:</p> <p>Medicamento genérico preferido: Paga \$7 por receta médica</p> <p>Medicamento genérico: Paga \$20 por receta médica</p> <p>Medicamento de marca preferido: Paga \$47 por receta médica</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando se surte su receta en una farmacia de la red que proporciona una distribución de costos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o recetas médicas con envío por correo, consulte la sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Medicamento no preferido: Paga \$100 por receta médica</p> <p>Nivel de especialidad: Paga 33% del costo total</p> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,430, pasará a la próxima etapa (Etapa sin cobertura).</p>	<p>Paga \$35 por receta de Insulina seleccionada</p> <p>Medicamento no preferido: Paga \$100 por receta médica</p> <p>Nivel de especialidad: Paga 33% del costo total</p> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,660, pasará a la próxima etapa (Etapa sin cobertura).</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core ofrece cobertura adicional durante la etapa sin cobertura para las Insulinas seleccionadas. Durante la Etapa sin cobertura, sus costos de bolsillo para las Insulinas seleccionadas serán de \$35 por un suministro de un mes.</p>

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Número de teléfono de Davis Vision	800-783-5602	888-573-2990

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Número de teléfono de la evaluación en el hogar	855-290-7544	855-214-4807 (TTY: 711)

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

Para continuar en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse de plan para el año 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O--* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea la guía *Medicare y Usted 2023*, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte la sección 5), o llame a Medicare (consulte la sección 7.2). Le recordamos que CareFirst Advantage, Inc ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferenciarse en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de distribución de costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscribese en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O* – comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio se hará efectivo a partir del 1 de enero del 2023.

¿Existen otros períodos en el año en que pueda realizar el cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando su cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios, pueden tener permitido realizar cambios en otros períodos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de su *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero del 2023 y no le gusta su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2023. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

El State Health Insurance Assistance Program es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarlo con sus preguntas o

problemas relacionados con Medicare. Ellos también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o al número gratuito 800-243-3425. Para obtener más información sobre State Health Insurance Assistance Program, visite su sitio web (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, encontrará la lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional ” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional ” (Extra Help) para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán un período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para verificar si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre 7 a. m. y 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Maryland tiene un programa denominado Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia para la distribución de costos de los medicamentos recetados para personas con HIV/AIDS.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para AIDS (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con HIV/AIDS que reúnen los requisitos para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el HIV que pueden salvar sus vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de Estado, la condición de enfermo de HIV, bajos ingresos según lo defina el Estado, y que presente estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 410-767-6535 o al número gratuito 800-205-6308.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 855-290-5744. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura* del 2023 (en esta se detallan los beneficios y costos para el próximo año)

En este *Aviso anual de cambios* se proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el 2023. Para obtener más información, revise la *Evidencia de Cobertura* del 2023 de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.carefirst.com/medicareadvantage. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage. No olvide que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información de Medicare en forma directa:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificación de calidad con estrellas, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Para obtener información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted* 2023

Lea la guía *Medicare y Usted* 2023. Todos los años, en otoño, se envía este folleto a las personas con Medicare. En este, se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.