

Resumen de Beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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

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

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

Resumen de Beneficios de 2023

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

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

¿Quién es elegible para inscribirse en nuestros planes?

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

Cómo comprender sus opciones

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

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

Farmacia

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

Redes de Proveedores

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

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

¿Necesita más información?

Comuníquese al 855-290-5744 (TTY:711) de 8:00 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/medicareadvantage

Resumen de Beneficios de 2023

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	\$33.00 Debe seguir pagando la prima de la Parte B todos los meses.	\$95.00 Debe seguir pagando la 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 \$8,300.00 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 y 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 \$7,300.00 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 y pagaremos el costo total por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.</p>
<p>Cobertura en hospitales para pacientes internados</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</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 \$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 también cubre 60 días de reserva de por vida. Son días adicionales que cubrimos. Si la hospitalización 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 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 también cubre 60 días de reserva de por vida. Son días adicionales que cubrimos. Si la hospitalización 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>

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<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 \$40.00 por cada visita a especialistas cubierta por Medicare.</p>
<p>Cuidados preventivos</p>	<p>Nuestro plan incluye los servicios preventivos cubiertos por Medicare 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 incluye los servicios preventivos cubiertos por Medicare 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 \$95.00 por cada visita de emergencia que cubra 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 \$95.00. No se exige el copago si se hospitaliza.</p>	<p>Paga un copago de \$90.00 por cada visita de emergencia que cubra 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. No se exige el copago si se hospitaliza.</p>

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<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. No se exige el copago si se hospitaliza.</p>
<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>Servicios de laboratorio</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, tomografía computada y resonancia magnética)</p> <p>Servicios de radiología terapéutica</p> <p>Radiografías de pacientes ambulatorios</p>	<p>Paga un copago de \$50.00 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubre Medicare.</p> <p>Paga \$0.00 por los servicios de laboratorio que cubre Medicare.</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 coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por el servicio de radiografías que cubre Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubre Medicare.</p> <p>Paga \$0.00 por los servicios de laboratorio 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>Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por el servicio de radiografías que cubre Medicare.</p>

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Servicios de audición</p> <p>Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</p> <p>Exámenes de audición de rutina</p> <p>Audífonos</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>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>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> <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>Es posible que se requiera autorización previa.</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>La periodicidad varía según el servicio.</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 \$10.00 por exámenes bucales.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por la profilaxis (limpieza).</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por el tratamiento con flúor.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por radiografías dentales.</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 \$5.00 por exámenes bucales.</p> <p>Paga un copago de \$5.00 por la profilaxis (limpieza).</p> <p>Paga un copago de \$5.00 por el tratamiento con flúor.</p> <p>Paga un copago de \$5.00 por radiografías dentales.</p>

Resumen de Beneficios de 2023

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>La periodicidad varía según el servicio.</p>	<p>Este plan no cubre ningún otro servicio dental integral.</p>	<p>Nuestro plan también cubre otros servicios dentales integrales.</p> <p>El gasto cubierto máximo para servicios dentales integrales es de \$800.00 cada año.</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 \$500.00 por los servicios básicos de restauración, incluso empastes de composite y amalgama.</p> <p>Paga un copago de \$50.00 a \$300.00 por los servicios de periodoncia no quirúrgica.</p> <p>Paga un copago de \$40.00 a \$100.00 por los servicios de extracciones no quirúrgicas.</p>
<p>Servicios oftalmológicos</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>

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios de la visión (continuación) Examen de la vista diabético	Paga un copago de \$0.00 por exámenes oftalmológicos para diabéticos todos los años.	Paga un copago de \$0.00 por exámenes oftalmológicos para diabéticos todos los años.
Otros gastos cubiertos de lentes y accesorios	<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>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 \$150.00 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 \$200.00 por año. El gasto cubierto para evaluación de lentes de contacto es de \$60.00 cada año.</p>
Servicios de salud mental Terapia individual ambulatoria por visita Terapia individual ambulatoria por visita Terapia grupal ambulatoria por visita	<p>Paga un copago de \$330.00 por los días 1 a 5.</p> <p>Paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.</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 \$250.00 por los días 1 a 5.</p> <p>Paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.</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>

Resumen de Beneficios de 2023

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 \$35.00 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. A partir del 1 de abril de 2023, se reducirá el coseguro de los medicamentos reembolsables de la Parte B, si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo más rápido que la tasa de inflación. No pagará más que el monto del coseguro del beneficiario ajustado de Medicare Original y puede recibir un reembolso del plan. Nota: Un medicamento reembolsable de la Parte B de Medicare es un medicamento o producto biológico que generalmente es inyectable o infundido por un médico en un consultorio médico o en un hospital para pacientes ambulatorios.	Paga un coseguro del 20% por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B u otros medicamentos. A partir del 1 de abril de 2023, se reducirá el coseguro de los medicamentos reembolsables de la Parte B, si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo más rápido que la tasa de inflación. No pagará más que el monto del coseguro del beneficiario ajustado de Medicare Original y puede recibir un reembolso del plan. Nota: Un medicamento reembolsable de la Parte B de Medicare es un medicamento o producto biológico que generalmente es inyectable o infundido por un médico en un consultorio médico o en un hospital para pacientes ambulatorios.

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa solo para los servicios dentro de la red cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor de espalda crónico</p> <p>Servicios de acupuntura de rutina</p>	<p>Paga un copago de \$50.00 acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Este plan no cubre las visitas de acupuntura de rutina.</p>	<p>Paga un copago de \$30.00 acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$20.00 por cada visita de acupuntura de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa solo para los servicios dentro de la red cubiertos por Medicare.</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna para corregir la subluxación)</p> <p>Servicios quiroprácticos de rutina</p>	<p>Paga un copago de \$20.00 por cada visita de servicio quiropráctico que cubre Medicare.</p> <p>Este plan no cubre la atención quiropráctica de rutina.</p>	<p>Paga un copago de \$10.00 por cada visita de servicio quiropráctico que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por cada visita de servicio quiropráctico de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa solo para los servicios dentro de la red cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de podología cubiertos por Medicare para problemas médicos y quirúrgicos.</p> <p>Servicios de podología de rutina</p>	<p>Paga un copago de \$40.00 por cada visita de podología que cubre Medicare.</p> <p>Este plan no cubre la atención de podología de rutina.</p>	<p>Paga un copago de \$30.00 por cada visita de podología que cubre Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$10.00 por cada servicio de podología de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).</p>

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Equipo médico duradero</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por cada equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, la insulina provista de acuerdo con la Parte B de Medicare a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina tradicional médicamente necesaria) está sujeta a un límite de costo compartido que no excederá los \$35.00 por el suministro de un mes. No se aplica el deducible de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por cada equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, la insulina provista de acuerdo con la Parte B de Medicare a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina tradicional médicamente necesaria) está sujeta a un límite de costo compartido que no excederá los \$35.00 por el suministro de un mes. No se aplica el deducible de la Parte B de Medicare.</p>
<p>Servicios adicionales</p>		
<p>Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día</p>	<p>Paga un copago de \$0.00 por los servicios que presta la línea que brinda asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día.</p>	<p>Paga un copago de \$0.00 por los servicios que presta la línea que brinda asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día.</p>
<p>Visita por video (Telesalud)</p>	<p>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).</p> <p>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).</p>	<p>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).</p> <p>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).</p>

Resumen de Beneficios de 2023

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Otros servicios de telesalud</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 \$40.00 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 de 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>	
<p>Onduo</p>	<p>Los afiliados con diabetes que estén inscritos en nuestro programa de administración de atención Onduo tendrán acceso a los siguientes beneficios sin costo: clínicas virtuales con proveedores de atención primaria y especialistas, medidores continuos de glucosa (MCG) para afiliados elegibles, manguitos de presión arterial para afiliados elegibles, suministros adicionales para diabéticos, como tiras reactivas y lancetas, así como asesoría, apoyo y servicios de salud y estilo de vida, y acceso a una aplicación.</p>	

Medicamentos de la Parte D de Medicare

<p>Etapa de Cobertura Inicial</p>	<p>Paga los copagos indicados en las tablas que se muestran a continuación hasta que el total de los costos de sus medicamentos anuales alcance la suma de \$4,660 en 2023. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan de la Parte D. Podrá obtener sus medicamentos en las farmacias de venta al público de la red, las farmacias de venta de medicamentos especializados y las farmacias con servicio de pedido por correo. Los gastos compartidos se basan en el nivel en el que se encuentra el medicamento y en el momento en que ingresa a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los gastos compartidos adicionales que son específicos de las farmacias y las fases del beneficio, llámenos o consulte nuestro folleto de Evidencia de Cobertura.</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 no preferidos incluyen un nivel de gastos compartidos más alto que el Nivel 3. ■ Nivel 5: los medicamentos especializados 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 comienza después de que el total de costos de medicamentos anuales (incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcance el monto de \$4,660 en 2023. 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 \$7,400, monto que constituye el final del período sin cobertura.</p>

Medicamentos de la Parte D de Medicare	
Cobertura Catastrófica	Después de que el importe anual de sus gastos de bolsillo en medicamentos (incluyendo los medicamentos que compra por medio de farmacias de venta al público, farmacias de venta de medicamentos especiales y farmacias con servicio de pedido por correo) alcancen el monto de \$7,400 en 2023, usted paga una de las siguientes sumas, la que sea mayor: un coseguro de 5%, o un copago de \$4.15 para medicamentos genéricos y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.
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.
Modelo de Ahorro para Adultos Mayores (insulina de bajo costo para todos los miembros)	El Modelo de Ahorro para Adultos Mayores de la Parte D permite que los planes de medicamentos con receta de la Parte D participantes ofrezcan un amplio conjunto de insulinas del formulario con un copago máximo de \$35.00 por suministro mensual, durante las fases de deducible, cobertura inicial y período sin cobertura de su cobertura de medicamentos de la Parte D. Esto significa que los planes de la Parte D participantes ofrecen a los inscritos copagos estables y predecibles para la insulina para ayudar a los inscritos a ahorrar dinero en sus costos de medicamentos. El copago para miembros de atención a largo plazo (LTC) y fuera de la red (OON) en el Modelo de ahorro para adultos mayores es de \$35.00 por receta para un suministro de un mes.
Vacunas	Mensaje importante sobre lo que 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 el Afiliado para obtener más información.
Insulina	Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35.00 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.
Obtener ayuda de Medicare: si eligió este plan porque estaba buscando cobertura de insulina a \$35.00 al mes o menos, es importante saber que puede tener otras opciones disponibles para 2023 a costos aún más bajos debido a los 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 para obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Recursos adicionales para ayudar : comuníquese con nuestro número de Servicios para el Afiliado al 855-290-5744 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) El horario es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.	

*Los miembros son elegibles para recibir suministros para 100 días de sus medicamentos del Nivel 1 por el mismo copago que un suministro para 90 días

Medicamentos de la Parte D de Medicare		
	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 un mes	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7.00	\$5.00
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00	\$15.00
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47.00 (\$35.00 para insulinas seleccionadas)	\$47.00 (\$35.00 para insulinas seleccionadas)
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100.00	\$100.00
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total	33 % del costo total
Farmacia de venta al público: suministro para dos meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7.00	\$5.00
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00	\$15.00
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94.00 (\$70.00 para insulinas seleccionadas)	\$94.00 (\$70.00 para insulinas seleccionadas)
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$200.00	\$200.00
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.
Farmacia de venta al público: suministro para tres meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos*	\$7.00	\$5.00
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00	\$15.00
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$141.00 (\$105.00 insulinas seleccionadas)	\$141.00 (\$105.00 insulinas seleccionadas)
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$300.00	\$300.00
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.

*Los miembros son elegibles para recibir suministros para 100 días de sus medicamentos del Nivel 1 por el mismo copago que un suministro para 90 días

Resumen de Beneficios de 2023

Medicamentos de la Parte D de Medicare		
	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Pedido por correo: suministro para un mes	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7.00	\$5.00
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00	\$15.00
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47.00 (\$35.00 para insulinas seleccionadas)	\$47.00 (\$35.00 para insulinas seleccionadas)
Nivel 3: insulina	\$35.00	\$35.00
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100.00	\$100.00
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33 % del costo total	33 % del costo total
Pedido por correo: suministro para dos meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$7.00	\$5.00
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00	\$15.00
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94.00 (\$70.00 para insulinas seleccionadas)	\$94.00 (\$70.00 para insulinas seleccionadas)
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$200.00	\$200.00
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Pedido por correo: suministro para tres meses	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos*	\$7.00	\$5.00
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20.00	\$15.00
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94.00 (\$70.00 para insulinas seleccionadas)	\$94.00 (\$70.00 para insulinas seleccionadas)
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$200.00	\$200.00
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.

*Los miembros son elegibles para recibir suministros para 100 días de sus medicamentos del Nivel 1 por el mismo copago que un suministro para 90 días

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 un mes con precio al público:\$5.00</p> <p>Suministro para dos meses con precio al público:\$5.00</p> <p>Suministro para tres meses con precio al público:\$5.00</p> <p>Pedido por correo para un mes:\$5.00</p> <p>Pedido por correo para dos meses:\$5.00</p> <p>Pedido por correo para tres meses:\$5.00</p> <p>\$5.00 por suministro de medicamentos para un mes fuera de la red y de medicamentos para atención a largo plazo</p>

©2022 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es una marca registrada de NationsBenefits, LLC. Otras marcas son propiedad de sus respectivos propietarios.

SilverSneakers y el logotipo del zapato SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers GO y SilverSneakers On-Demand son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

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

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

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 መድን ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ከተወሰኑ ቀን-ገደቦች በፊት ሊፈጽሟቸው የሚገቡ ነገሮች ሊኖሩ ስለሚችሉ እነዚህን ወሳኝ ቀናት ሊይዝ ይችላሉ። ይኸን መረጃ የማግኘት እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ አገዛ 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) Ìtètíléko: Àkíyèsí yìí ní iwífún nípa isẹ adójútòfò rẹ. Ó le ní àwọn déèti pàtó o sì le ní láti gbé ìgbésé ní àwọn ojú gbèdèké kan. O ni ètò láti gba iwífún yìí àti irànlówó ní èdè rẹ lófèé. Àwọn omọ-egbé gbòdò pe nóm̀bà fòdùn tò wà lèyìn káàdì idánimò wòn. Àwọn mírán le pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípasè ìjíròrò tí tí a ó fì sọ fún ọ láti tẹ 0. Nígbatí aṣojú kan bá dáhùn, sọ èdè tí o fẹ a ó sì sọ ọ pò mò 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 diyalogo 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।

Bàsòò-wùdù (Bassa) Tò Dùù Cáo! Bǎ nìà kè bá nyò bě kè m̄ gbo kpá bó nì fùà-fúá-tiǐn nyεε jè dyí. Bǎ nìà kè bédé wé jéé bě b́é m̄ kè dε wa ḿ m̄ kè nyuεε nyu hwè b́é wé b́éa kè zi. Ǿ m̀ò nì kpé b́é m̄ kè bǎ nìà kè kè gbo-kpá-kpá m̄ ḿεε dyé dé nì bídí-wùdù mú b́é m̄ kè se wídí d̀ò péè. Kpooò nyò b́é m̄ dá fúùn-nòbà nìà dé waa I.D. káàè d́éin nyε. Nyò t̀òò séin m̄ dá nòbà nìà kè: 855-258-6518, kè m̄ m̄ f̀ò tee b́é wa ḱε m̄ gbo ćé b́é m̄ kè nòbà m̀òà 0 ḱε dyi pàd̀àn hwè. Ǿ j̀ú kè nyò d̀ò dyi m̄ g̀ǎ j̀úǐn, po wuqu m̄ ḿ poε dyie, kè nyò d̀ò mu bó nìin b́é Ǿ kè nì wuquò 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। অন্যেরা 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 للأخريين 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識別卡背面的電話號碼。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) Nrubama: Okwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. O nwere ike inwe ubochi ndi di mkpa, i nwere ike ime ihe tupu ufodu ubochi njedebe. I nwere ikike inweta ozi na enyemaka a n'asusu gi na akwughi ugwo o bula. Ndi otu kwesiri ikpo akara ekwentu di n'azu nke kaadi njirimara ha. Ndi ozo niile nwere ike ikpo 855-258-6518 wee chere ububo ahu ruo mgbe amanyere ipi 0. Mgbe onye nnochite anya zara, kwuo asusu i choro, a ga-ejiko gi na onye okowa 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' dahóló bee éédahózin béeso ách'ááh naanil ník'ist'í'ígíí bá. Bii' dahólóq doo íiyisíí yoolkáálígíí dóo t'áadoo le'é ádadoolyíí'ígíí da yókeedgo t'áa doo bee e'e'aa'ahí ájiil'ííh. Bee ná ahóót'í' díí bee íł hane' dóo níká'ádoowól t'áa nínizaad bee t'áa jii'k'é. Atah danilínígíí béesh bee hane'é bee wólta'ígíí nit'izgo bee nee hódolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'í' hodoonihjí'. Aadóo náána'á' éi kójjí' dahóoolnih 855-258-6518 dóo yii dii'łts'ííł yałtí'ígíí t'áa níléjį́ áádóo éi bikéé'dóo naasbaqas bił adidiilchil. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitáágo, saad bee yániłt'í'ígíí yii diikił dóo ata' halne'é lá níká'ádoowól.