

CareFirst

Medicare Advantage

2024

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)

Vigente desde el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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_MA01559_M_SPN

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 2024

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” de 2024 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 2024*.
- 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 de 2023 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 de 2024**. 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 8am-8pm, hora del este, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8am-8pm, hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Para que le brindemos información de una manera que funcione para usted, 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 es un plan HMO con 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 2024

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de los costos importantes para 2024 | 4 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 6 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 6 |
| Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo | 6 |
| Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias | 7 |
| 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 | 9 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 12 |
| SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir | 13 |
| Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core | 13 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 13 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan | 14 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 14 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados | 15 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 16 |
| Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core | 16 |
| Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare | 16 |

Resumen de los costos importantes para 2024

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2023 con los costos del año 2024 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costos | 2023 (este año) | 2024 (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> | <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>\$29 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George</p> <p>\$14 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> | \$8,300 | \$8,300 |
| <p>Visitas al consultorio del médico</p> | <p>Visitas de atención primaria: Copago de \$5 por visita</p> <p>Visitas a un especialista: Copago de \$50 por visita</p> | <p>Visitas de atención primaria: Copago de \$5 por visita</p> <p>Visitas a un especialista: Copago de \$50 por visita</p> |
| <p>Hospitalizaciones</p> | <p>Días del 1 al 5: Copago de \$350 por día</p> <p>Días del 6 al 90: Copago de \$0 por día</p> | <p>Días del 1 al 5: Copago de \$350 por día</p> <p>Días del 6 al 90: Copago de \$0 por día</p> |
| <p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de hasta un mes):</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de hasta un mes):</p> |

| Costos | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|--------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$7 Categoría de medicamento 2: \$20 Categoría de medicamento 3: \$47. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría de medicamento 4: \$100 Categoría de medicamento 5: 33% del costo total <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). | <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$4 Categoría de medicamento 2: \$20 Categoría de medicamento 3: \$47. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría de medicamento 4: 40% del costo total. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. |

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

Sección 1.1 –Cambios en la prima mensual

| Costos | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|---|---|---|
| Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B). | \$33 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George \$18 en los condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard | \$29 en los condados de Baltimore City, Baltimore, Montgomery y Prince George \$14 en los condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard |

- 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

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 durante el resto del año.

| Costos | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|---|-----------------|---|
| Monto máximo de gastos de bolsillo | \$8,300 | \$8,300 |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de | | Una vez que haya pagado \$8,300 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no |

| Costos | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|--|-----------------|--|
| bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. | | 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 actualizados se encuentran en nuestro sitio web en 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 de farmacias por correo postal, que le enviaremos en un plazo de tres días laborables.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores de 2024 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 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 un cambio que realizamos en nuestros proveedores a mitad de año le afecta, 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 | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|--|---|---|
| Telesalud adicional | La telesalud adicional incluye el acceso a grupos de proveedores con servicios de telesalud para PCP, Especialista, Salud Mental y Servicios Psiquiátricos. | La telesalud adicional incluye el acceso a grupos de proveedores con servicios de telesalud para Atención Urgente, PCP, Especialista, Salud Mental y Servicios Psiquiátricos. |
| Copago máximo diario por servicios ambulatorios | Para todos los procedimientos ambulatorios de diagnóstico / pruebas / servicios de | Para todos los procedimientos ambulatorios de diagnóstico / pruebas / servicios de |

| Costos | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | laboratorio para pacientes ambulatorios o servicios de radiología diagnóstica / terapéutica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, si recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, se aplicará el copago por cada servicio. | laboratorio para pacientes ambulatorios o servicios de radiología diagnóstica / terapéutica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, si recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, solo se aplicará el copago máximo. |
| Visita a la sala de emergencias | Copago de \$95 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare | Copago de \$100 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare |
| Visitas a sala de emergencias en todo el mundo | Copado de \$95 por cada visita a sala de emergencias en todo el mundo | Copago de \$100 por cada visita a sala de emergencias en todo el mundo. |
| Visita por video CareFirst | Acceso a visitas por video CareFirst para servicios de atención urgente y de salud conductual. | La visita por video de CareFirst ha dejado de estar disponible y ha sido sustituida por los servicios de telesalud adicionales. |
| Suministro de medicamentos con receta: 3 meses | Para los medicamentos recetados de las categorías 2 y 3 se dispone de un suministro para 3 meses durante 90 días | Para los medicamentos recetados de las categorías 1, 2 y 3 se dispone de un suministro para 3 meses durante 100 días |
| Servicios quiroprácticos | Copago de \$20 | Copago de \$15 |
| Rehabilitación pulmonar | Copago de \$20 | Copago de \$15 |
| Atención a largo plazo y medicamentos recetados fuera de la red (suministro para un mes) | Copago de \$7 | Copago de \$4 |

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 en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a un nivel diferente de distribución de costos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá restricciones, o si su medicamento ha pasado a un nivel diferente de distribución de costos.**

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.

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 la Cláusula adicional 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).

Cambios en la Etapa de deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (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 | 2023 (este año) | 2024 (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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</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>Categoría 1: Genéricos Preferidos: Usted paga \$7 por medicamento con receta.</p> <p>Categoría 2: Genéricos: Usted paga \$20 por receta médica.</p> <p>Categoría 3: Marca Registrada Preferida: Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Categoría 4: Marca Registrada No Preferida: Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Categoría 5: Nivel de Medicamentos Especializados: Usted paga el 33% del costo total.</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>Categoría 1: Genéricos Preferidos: Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p> <p>Categoría 2: Genéricos: Usted paga \$20 por receta médica.</p> <p>Categoría 3: Marca Registrada Preferida: Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Categoría 4: Marca Registrada No Preferida: Usted paga el 40% del costo total. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Categoría 5: Nivel de Medicamentos Especializados:</p> |

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (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>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$4,660, pasará a la próxima etapa (Etapa sin cobertura).</p> | <p>Usted paga el 33% del costo total. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$5,030, pasará a la próxima etapa (Etapa sin cobertura).</p> |

Cambios en la Etapa sin cobertura y en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, son para personas con costos de medicamentos muy altos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa sin cobertura ni la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|---|---|---|
| Número de teléfono de la evaluación médica en el hogar | 1-855-214-4807 | 1-800-558-9922 |
| Número de teléfono de SilverSneakers | 1-888-423-4632 | 1-888-313-5693 |
| Dirección de Decisiones de cobertura de atención médica | CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department 10455 Mill Run Circle Owings Mills, MD 21117 | CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department 10455 Mill Run Circle, Room 11113-A Owings Mills, MD 21117 |
| Dirección de Apelaciones de atención médica | CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis 10455 Mill Run Circle Owings Mills, MD 21117 | CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis 10455 Mill Run Circle, Room 11113-A Owings Mills, MD 21117 |
| Autorización previa, terapia escalonada y lista de medicamentos de la Parte B | La autorización previa, la terapia escalonada y la lista de medicamentos de la Parte B pueden cambiar a lo largo del año, consulte https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/medicare-part-b-prescription-drugs.html para estar al día durante todo el año. | La autorización previa, la terapia escalonada y la lista de medicamentos de la Parte B pueden cambiar a lo largo del año, consulte https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/medicare-part-b-prescription-drugs.html para estar al día durante todo el año. |

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 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN* 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 distintos tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea la guía *Medicare y usted 2024*, llame al State Health Insurance Assistance Program (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* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele 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 entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

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

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros períodos del año. Los ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejarán de tener cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 de 2024.

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 cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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. 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 de teléfono 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, se indican los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) a fin de 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. 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 las 8 a. m. y las 7 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
 - 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.
- **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 de teléfono 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 8am-8pm, hora del este, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8am-8pm, hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (en esta se detallan los beneficios y los 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 2024. Para obtener más información, revise la *Evidencia de cobertura de 2024* 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 www.carefirst.com/medicareadvantage. Como recordatorio, 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* 2024

Lea la guía *Medicare y usted 2024*. Todos los años, en otoño, se envía este documento 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.