

CareFirst

Medicare Advantage

2024

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

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

CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUECROSS[®], 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_H7379_801_MA01565_M_SPN

CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) ofrecido por CareFirst Advantage PPO, 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 Group Advantage. El próximo año habrá algunos 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/myaccount. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Se inscribió en este plan a través del grupo de su empleador o sindicato, lo que indica las fechas de cada año en las que puede realizar cambios en su cobertura para el siguiente año del plan.

¿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.
- 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.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos, su proveedor sea un proveedor de Medicare y esté dispuesto a facturar a CareFirst o a su BlueCross and BlueShield Plan local, y los servicios sean médicamente necesarios.

Nota: CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage no pagará ningún monto por los servicios que reciba de proveedores que han optado por la exclusión voluntaria de Medicare incluso por un servicio cubierto por Medicare.

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 desea continuar como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage, no debe realizar ninguna acción, a menos que su grupo le aconseje lo contrario.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2024.
- Si decide cancelar su inscripción de las ofertas colectivas de su empleador, debe analizar esta decisión con el grupo de su empleador para determinar cuáles serían las consecuencias de dicha cancelación. Consulte los Materiales de inscripción abierta del grupo de su empleador para obtener información adicional sobre las opciones del plan o las cancelaciones.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 833-320-2664. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 8am-6pm EST de lunes a viernes. 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 Group Advantage

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

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de los costos importantes para el 2024	4
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage en 2024	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2 – Cambios en sus monto máximos de gastos de bolsillo	7
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir	12
Sección 4.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage ...	12
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan	13
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	13
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	15
Sección 8.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage	15
Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare	15

Resumen de los costos importantes para el 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 con los costos de 2024 del CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage 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)
Prima mensual del plan (Consulte la sección 2.1 para obtener información).	Póngase en contacto con su antigua empresa o sindicato para obtener información sobre las primas.	Póngase en contacto con su antigua empresa o sindicato para obtener información sobre las primas.
Monto máximo de gastos de bolsillo 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 2.2 para obtener información).	De proveedores dentro y fuera de la red combinados:\$6,000	De proveedores dentro y fuera de la red combinados:\$6,000
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$5 de copago por visita Visitas a un especialista: \$15 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$5 de copago por visita Visitas a un especialista: \$15 de copago por visita
Hospitalizaciones	\$50 de copago por hospitalización	\$50 de copago por hospitalización
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 2.5 para obtener información).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Genérico preferido (Nivel 1): \$5 Genéricos (Nivel 2): \$10 Marca preferida (Nivel 3): \$20 Medicamento no preferente (Nivel 4): \$40 Especialidad (Nivel 5): 25% 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. <p>Por cada receta, pagará el monto que sea mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro; o • \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos); o \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos; o • la distribución de costos que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial 	<ul style="list-style-type: none"> • Genérico preferido (Nivel 1): \$5 Genéricos (Nivel 2): \$10 Marca preferida (Nivel 3): \$20 Medicamento no preferente (Nivel 4): \$40. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada medicamento de insulina cubierto en este nivel. Especialidad (Nivel 5): 25% del coste total. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada medicamento de insulina cubierto en este nivel. <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. • Es posible que tenga que distribuir los costos de los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage en 2024

Le inscribiremos automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage 2024. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados durante 2024 por medio de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage. Si desea cambiar a un plan individual o cambiar a Original Medicare, deberá hacerlo durante el período de inscripción abierta de su empleador. Hable con su antiguo empleador acerca de su intención de cancelar su inscripción para que pueda informarle sobre el momento y las consecuencias de cancelar su inscripción en el plan. Si reúne los requisitos para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help), puede cambiarse de plan en otras fechas.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – 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).	Póngase en contacto con su antigua empresa o sindicato para obtener información sobre las primas.	Póngase en contacto con su antigua empresa o sindicato para obtener información sobre las primas.

- 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 “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en sus monto máximos de gastos de bolsillo

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) proporcionados por proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Su prima del plan y los costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.	\$6,000	\$6,000 Una vez que haya pagado \$6,000 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B proporcionados por proveedores de la red por el resto del año calendario.

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en gastos de bolsillo durante el año. Estos límites se denominan montos máximos 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.

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encontrarán en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount a partir del 15 de octubre de 2023. 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.

Es posible que haya cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de proveedores de 2024 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. **Consulte 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 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 2.4 – 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)
Visita por video CareFirst	Acceso a visitas por vídeo CareFirst para servicios de atención urgente y de salud mental.	La visita por vídeo de CareFirst ya no está disponible y ha sido sustituida por servicios adicionales de telesalud.
Telesalud adicional	La telesalud adicional incluye el acceso a grupos de proveedores con servicios de telesalud para PCP, especialistas, 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.

Sección 2.5 – 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”. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” completa** llamando a Servicios para Miembros (consulte la contraportada) o visitando el sitio web (www.carefirst.com/myaccount). La Lista de medicamentos de 2024 se publicará en el sitio web a partir del 15 de octubre de 2023.

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 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>Nivel 1 - Genérico preferido: Paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genérico: Paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marca preferida: Paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamento no preferido: Paga \$40 por receta.</p> <p>Nivel 5 - Nivel de especialidad: Usted paga el 25% del coste 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>Nivel 1 - Genérico preferido: Paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genérico: Paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marca preferida: Paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamento no preferido: Paga \$40 por receta.</p> <p>Nivel 5 - Nivel de especialidad: Paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 - Nivel de especialidad: Usted paga el 25% del coste total. Paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <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>Una vez que haya pagado \$7,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
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”.		

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. Es posible que tenga que distribuir los costos de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 3 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

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
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 1113-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 el sitio web de su plan 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 el sitio web de su plan para estar al día durante todo el año.

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage

Para continuar en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Se le inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage.

Sección 4.2 – 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,
 - Puesto que usted se inscribió en nuestro plan a través del grupo de su empleador o sindicato, solo cuenta con autorización para realizar cambios en el plan en los momentos designados por ese grupo.

- Si decide inscribirse en un plan de salud de Medicare o en un plan de medicamentos recetados de Medicare que el sindicato o grupo de su empleador no ofrezca, perderá la cobertura de nuestro plan. Si usted decide terminar su membresía en nuestro plan, comuníquese con el grupo de su empleador para determinar cómo esto puede afectar su capacidad de volver a inscribirse en la cobertura médica colectiva del empleador.
- -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 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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2).

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 Group Advantage.
- 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 Group Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Envíe a su antiguo empleador o sindicato una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con su antiguo empleador o sindicato 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 5 Fecha límite para cambiar de plan

Comuníquese con el grupo de su empleador para comprender cuándo puede realizar cualquier cambio en su plan actual.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

Los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) son programas gubernamentales independientes que cuentan con asesores capacitados en todos los estados.

Son programas estatales que reciben fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los asesores de SHIP 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 encontrar una lista de los Programas estatales de asistencia sobre seguros médicos en el Anexo A al final de su *Evidencia de cobertura 2024*.

SECCIÓN 7 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.** Los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) ayudan a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. Puede encontrar una lista de los Programas estatales de asistencia farmacéutica en el Anexo A al final de su *Evidencia de cobertura 2024*.

- **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 Programa de asistencia de medicamentos para el AIDS (ADAP, por sus siglas en inglés) califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por medio del ADAP en su estado. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP en su estado. Puede encontrar una lista de los Programas de asistencia de medicamentos para el AIDS en el Anexo A al final de su *Evidencia de cobertura* 2024.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 833-320-2664. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 8am-6pm EST de lunes a viernes. 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 Group Advantage. 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/myaccount. 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/myaccount. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y de nuestra *Lista de medicamentos (Formulario/“Lista de medicamentos”)*, la cual se publicará el 15 de octubre de 2023.

Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información de Medicare en forma directa:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite el sitio web de Medicare

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. O puede visitar el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

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.