

Resumen de Beneficios 2024

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Área de Servicios: Condados de Anne Arundel, Frederick, Carroll, Harford y Howard.

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

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

Resumen de Beneficios 2024

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: Condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard. 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](https://www.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 a. m. a 8 p. m. (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (hora del este). Visite carefirst.com/medicareadvantage.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Prima mensual del plan	\$14 Debe seguir pagando la prima de la Parte B todos los meses.	\$72 Debe seguir pagando la prima de la Parte B todos los meses.
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (No incluye medicamentos con receta)	Sus límites anuales son de \$8,300 por los servicios que recibe de los proveedores adheridos a la red en el caso de los servicios cubiertos por Medicare. 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. Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.	Sus límites anuales son de \$7,300 por los servicios que recibe de los proveedores adheridos a la red en el caso de los servicios cubiertos por Medicare. 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. Tenga en cuenta que aun así deberá pagar las primas mensuales.
Cobertura hospitalaria*	Paga un copago de \$350 por día desde el día 1 hasta el día 5 Paga un copago de \$0 por día desde el día 6 hasta el día 90. Nuestro plan cubre 90 días por cada hospitalización cubierta por Medicare. Aplica reserva de por vida.	Paga un copago de \$350 por día desde el día 1 hasta el día 5 Paga un copago de \$0 por día desde el día 6 hasta el día 90. Nuestro plan cubre 90 días por cada hospitalización cubierta por Medicare. Aplica reserva de por vida.
Cobertura hospitalaria ambulatoria*		
Hospital ambulatorio, incluida la cirugía	Paga un copago de \$250 por cada visita de un paciente ambulatorio al hospital que cubra Medicare.	Paga un copago de \$150 por cada visita de un paciente ambulatorio al hospital que cubra Medicare.
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Paga un copago de \$330 por cada servicio de observación de un paciente ambulatorio que cubra Medicare.	Paga un copago de \$250 por cada servicio de observación de un paciente ambulatorio que cubra Medicare.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)*	Paga un copago de \$200 por cada visita a los centros de cirugía ambulatoria que cubra Medicare.	Paga un copago de \$100 por cada visita a los centros de cirugía ambulatoria que cubra Medicare.
Visitas a médicos		
Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	Paga un copago de \$5 por cada visita a PCP que cubra Medicare.	Paga un copago de \$0 por cada visita a PCP que cubra Medicare.
Especialista* (Es posible que se requiera una derivación)	Paga un copago de \$50 por cada visita a especialistas que cubra Medicare.	Paga un copago de \$40 por cada visita a especialistas que cubra Medicare.
Cuidados preventivos	Nuestro plan incluye los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo alguno cuando visita a un proveedor adherido a la red. Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.	Nuestro plan incluye los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo alguno cuando visita a un proveedor adherido a la red. Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.
Atención de emergencia	Paga un copago de \$100 por cada visita de atención de emergencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 24 horas.	Paga un copago de \$100 por cada visita de atención de emergencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 24 horas.
Servicios de urgencia	Paga un copago de \$30 por cada visita de atención de urgencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas. 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. No se exige el copago si se hospitaliza.	Paga un copago de \$20 por cada visita de atención de urgencia que cubra Medicare. No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas. También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesite con urgencia. Existe un máximo combinado de \$50,000 para los servicios internacionales de emergencias/ necesarios con urgencia. Paga un copago de \$0.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios de diagnóstico*		
Pruebas y Procedimientos	Paga un copago de \$50 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubra Medicare.	Paga un copago de \$40 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico que cubra Medicare.
Servicios de laboratorio	Paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	Paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, tomografía computarizada y resonancia magnética)	Paga un copago de \$200 por el servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$150 por el servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.
Servicios de radiología terapéutica	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de radiología terapéutica que cubre Medicare.
Radiografías	Paga un copago de \$20 por el servicio de radiografías cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$10 por el servicio de radiografías cubierto por Medicare.
Servicios de audición		
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	Paga un copago de \$40 por cada examen de audición cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$20 por cada examen de audición cubierto por Medicare.
Exámenes de audición de rutina	Paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina al año y por una adaptación y evaluación de audífonos al año. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.	Paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina al año y por una adaptación y evaluación de audífonos al año. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.
Audífonos	Paga un copago de \$475 a \$1,950 por audífono en función del nivel de tecnología. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.	Paga un copago de \$400 a \$1,875 por audífono en función del nivel de tecnología. Cobertura a través de proveedores adheridos de la red.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios dentales		
Integral*	Paga un copago de \$40 por cada servicio dental que cubra Medicare.	Paga un copago de \$20 por cada servicio dental que cubra Medicare.
Servicios preventivos (las frecuencias varían según los servicios)	<p>Paga un copago de \$10 por exámenes bucales.</p> <p>Paga un copago de \$10 por la profilaxis (limpieza).</p> <p>Paga un copago de \$10 por el tratamiento con flúor.</p> <p>Paga un copago de \$10 por radiografías dentales.</p>	<p>Paga un copago de \$5 por exámenes bucales.</p> <p>Paga un copago de \$5 por la profilaxis (limpieza).</p> <p>Paga un copago de \$5 por el tratamiento con flúor.</p> <p>Paga un copago de \$5 por radiografías dentales.</p>
Otros servicios dentales integrales	Este plan no cubre ningún otro servicio dental integral.	<p>El gasto cubierto máximo para servicios dentales integrales es de \$800 cada año.</p> <p>Paga un copago de \$15 a \$30 por servicios no rutinarios, que incluyen medicamento para detener las caries y tratamiento para el dolor dental de emergencia.</p> <p>Paga un copago de \$15 a \$500 por los servicios básicos de restauración, incluso empastes de composite y amalgama.</p> <p>Paga un copago de \$50 a \$300 por los servicios de periodoncia no quirúrgica.</p> <p>Paga un copago de \$40 a \$100 por los servicios de extracciones no quirúrgicas.</p>
Servicios oftalmológicos		
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo.	Paga un copago de \$40 por el examen de la vista que cubra Medicare.	Paga un copago de \$20 por el examen de la vista que cubra Medicare.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Examen preventivo de glaucoma	Paga un copago de \$0.	Paga un copago de \$0.
Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	Paga un copago de \$0.	Paga un copago de \$0.
Examen de la vista diabético	Paga un copago de \$0.	Paga un copago de \$0.
Examen de rutina de la vista	Paga un copago de \$20 por un examen de rutina de la vista todos los años (incluye dilatación y refracción) por medio de nuestro proveedor adherido a la red.	Paga un copago de \$10 por un examen de rutina de la vista todos los años (incluye dilatación y refracción) por medio de nuestro proveedor adherido a la red.
Gastos cubiertos de lentes y accesorios	<p>Ciertos marcos que se adquirieron en la exclusiva colección de nuestro proveedor adherido a la red se cubrirán por completo por medio de nuestro socio de servicios de la vista.</p> <p>Los marcos que no formen parte de la colección tendrán un gasto cubierto de \$75 por año.</p> <p>Paga un copago de \$20 por los lentes de anteojos.</p> <p>Si las lentes de contacto son médicamente necesarias, serán cubiertas por completo por medio de nuestro proveedor adherido a la red.</p> <p>El gasto cubierto optativo de lentes de contacto es de \$100 por año.</p> <p>La evaluación y adaptación de lentes de contacto no está cubierta.</p>	<p>Ciertos marcos que se adquirieron en la exclusiva colección de nuestro proveedor adherido a la red se cubrirán por completo por medio de nuestro socio de servicios de la vista.</p> <p>Los marcos que no formen parte de la colección tendrán un gasto cubierto de \$150 por año.</p> <p>Paga un copago de \$10 por los lentes de anteojos.</p> <p>Si las lentes de contacto son médicamente necesarias, serán cubiertas por completo por medio de nuestro proveedor adherido a la red.</p> <p>El gasto cubierto optativo de lentes de contacto es de \$200 por año.</p> <p>El gasto cubierto para evaluación de lentes de contacto es de \$60 cada año.</p>

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios de salud mental		
Pacientes internados*	Paga un copago de \$330 por los días 1 a 5. Paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.	Paga un copago de \$250 por los días 1 a 5. Paga un copago de \$0 por los días 6 a 90.
Paciente ambulatorio:	Paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual para pacientes ambulatorios y un copago de \$20 por cada visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.	Paga un copago de \$20 por cada visita de terapia individual para pacientes ambulatorios y un copago de \$10 por cada visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.
Centro de cuidados especializados (SNF)*	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Cuidados Especializados. Paga un copago de \$0 por día desde el día 1 hasta el día 20. Paga un copago de \$180 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 por día desde el día 1 hasta el día 20. Paga un copago de \$160 por día desde el día 21 hasta el día 100.
Fisioterapia*	Paga un copago de \$35 por cada visita cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$18 por cada visita cubierta por Medicare.
Ambulancia*		
Suelo	Paga un copago de \$240 por los servicios de transporte terrestre.	Paga un copago de \$200 por los servicios de transporte terrestre.
Aire	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de transporte aéreo.	Paga un coseguro del 20 % por los servicios de transporte aéreo.
Transporte de Rutina	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*	Paga entre el 0 % y el 20 % de coseguro del costo total por la insulina, la quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de un mes.	Paga entre el 0 % y el 20 % de coseguro del costo total por la insulina, la quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de un mes.

*Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Atención quiropráctica*		
Cobertura de Medicare	Paga un copago de \$15 por cada visita de servicio quiropráctico que cubra Medicare.	Paga un copago de \$10 por cada visita de servicio quiropráctico que cubra Medicare.
Rutina	Sin cobertura.	Paga un copago de \$10 por cada visita de servicio quiropráctico de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Control de la diabetes: Onduo	<p>Los miembros con diabetes que estén inscritos en nuestro programa de gestión de atención Onduo tendrán acceso a los siguientes beneficios sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ Asesoramiento, apoyo y servicios de salud y estilo de vida y acceso a una aplicación. 	<p>Los miembros con diabetes que estén inscritos en nuestro programa de gestión de atención Onduo tendrán acceso a los siguientes beneficios sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ Asesoramiento, apoyo y servicios de salud y estilo de vida y acceso a una aplicación.
Evaluación a domicilio	La evaluación a domicilio es una evaluación clínica anual a domicilio, similar a un examen físico. Hemos creado una manera fácil y efectiva para que usted obtenga una imagen más completa de su salud. Paga un copago de \$0.	La evaluación a domicilio es una evaluación clínica anual a domicilio, similar a un examen físico. Hemos creado una manera fácil y efectiva para que usted obtenga una imagen más completa de su salud. Paga un copago de \$0.

Resumen de Beneficios 2024

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Cuidado de los pies (servicios de podología)*		
Exámenes y tratamiento de los pies.	Paga un copago de \$40 por cada visita de podología que cubre Medicare.	Paga un copago de \$30 por cada visita de podología que cubre Medicare.
Cuidado de pies de rutina	Sin cobertura.	Paga un copago de \$10 por cada servicio de podología de rutina que no cubre Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día	Paga un copago de \$0 por los servicios que presta la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día.	Paga un copago de \$0 por los servicios que presta la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día.
Fitness (SilverSneakers)	<p>Está automáticamente inscrito en el programa de fitness de SilverSneakers® sin cargo alguno. SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física.</p> <p>Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y la aplicación SilverSneakers GO.</p> <p>También puede registrarse para recibir un kit de fitness en su domicilio.</p> <p>Tendrá acceso a miles de gimnasios ubicados en todo el país, donde podrá hacer uso de instalaciones básicas. SilverSneakers ofrece distintivas clases de ejercicios especialmente diseñadas para todos los niveles de fitness, además de las clases de ejercicios grupales para todos los niveles en selectas ubicaciones.</p>	<p>Está automáticamente inscrito en el programa de fitness de SilverSneakers® sin cargo alguno. SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física.</p> <p>Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y la aplicación SilverSneakers GO.</p> <p>También puede registrarse para recibir un kit de fitness en su domicilio.</p> <p>Tendrá acceso a miles de gimnasios ubicados en todo el país, donde podrá hacer uso de instalaciones básicas. SilverSneakers ofrece distintivas clases de ejercicios especialmente diseñadas para todos los niveles de fitness, además de las clases de ejercicios grupales para todos los niveles en selectas ubicaciones.</p>

Resumen de Beneficios 2024

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Acupuntura*		
Cobertura de Medicare	Paga un copago de \$50 por acupuntura cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$40 por acupuntura cubierta por Medicare.
Rutina	La acupuntura de rutina no está cubierta en este plan.	Paga un copago de \$20 por cada visita de acupuntura de rutina que no cubra Medicare (hasta 12 visitas por año calendario).

*Puede aplicarse autorización previa.

Parte D

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) y CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Etapas de Cobertura Inicial	<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 \$5,030 en 2024. 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.</p> <p>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.</p> <p>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 - genérico preferido: es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. ■ Nivel 2 - genérico: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca. ■ Nivel 3 - marca preferida: incluye medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos. ■ Nivel 4 - medicamento no preferido: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos. ■ Nivel 5 - especializado: es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage (HMO) y CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Período de Interrupción de la 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.</p> <p>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 \$5,030 en 2024.</p> <p>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 \$8,000, monto que constituye el final del período sin cobertura.</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) tiene cobertura adicional.</p>
<p>Cobertura Catastrófica</p>	<p>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, de medicamentos especiales y farmacias con servicio de pedido por correo) alcancen el monto de \$8,000 en 2024, su plan cubrirá todos los costos.</p>
<p>Cobertura para residentes de centros de atención a largo plazo</p>	<p>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.</p>

Usted paga \$35 o menos por un suministro de un mes del nivel de costo compartido para las insulinas cubiertas por este producto.

Resumen de Beneficios 2024

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Farmacia de venta al público: suministro para un mes	Copago	Copago
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
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	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94	\$94
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
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*	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$141	\$141
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
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.

Resumen de Beneficios 2024

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	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
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	\$5
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94	\$94
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
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*	\$4	\$2
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$20	\$15
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferida	\$94	\$94
Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferida	40 % del costo total	40 % del costo total
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Cobertura mejorada durante el período de interrupción	La cobertura durante el período de interrupción no está disponible en este plan.	<p>Los miembros del plan mejorado que ingresan a la etapa sin cobertura (hueco de rosquilla) pagarán el copago que se indica a continuación para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Suministro para un mes con precio al público: \$2 ■ Suministro para dos meses con precio al público: \$2 ■ Suministro para tres meses con precio al público: \$2 ■ Pedido por correo para un mes: \$2 ■ Pedido por correo para dos meses: \$2 ■ Pedido por correo para tres meses: \$2 <p>\$2 por suministro de medicamentos para un mes fuera de la red y de medicamentos para atención a largo plazo</p>

Usted paga \$35 o menos dependiendo de un suministro de un mes en el nivel de costo compartido para las insulinas cubiertas por este producto.



CONTÁCTENOS:



©2023 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. © 2023 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., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

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 1-855-290-5744.

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-290-5744. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-290-5744. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-290-5744。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-290-5744。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-290-5744. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-290-5744. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-290-5744 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-290-5744. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-290-5744 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-290-5744. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-290-5744. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-290-5744 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-290-5744. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-290-5744. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-290-5744. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-290-5744. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-290-5744にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。