

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?

Llame al 855-290-5744 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 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.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Servicios de urgencia	<p>Paga un copago de \$30 por cada visita de atención de urgencia que cubra Medicare.</p> <p>No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas.</p> <p>También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesita con urgencia.</p> <p>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.</p>	<p>Paga un copago de \$20 por cada visita de atención de urgencia que cubra Medicare.</p> <p>No se exige el copago si se hospitaliza dentro de las 48 horas.</p> <p>También está cubierta la atención internacional (fuera de los Estados Unidos) que se necesite con urgencia.</p> <p>Existe un máximo combinado de \$50,000 para los servicios internacionales de emergencias/necesarios con urgencia. Paga un copago de \$0.</p>
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.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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.
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>

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
Otros servicios dentales integrales	Este plan no cubre ningún otro servicio dental integral.	<p>El gasto cubierto máximo para servicios dentales integrales es \$800 cada año.</p> <p>Paga un copago de \$15 a \$30 por servicios que no son de rutina, incluso el medicamento para detener la aparición de caries (tratamiento para ayudar a detener el deterioro activo) y el tratamiento contra 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.
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.

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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 los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos 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 los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos 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>
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.

Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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.

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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.
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.

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Fitness (SilverSneakers)</p>	<p>Está automáticamente inscrito en el programa de fitness de SilverSneakers® sin cargo alguno.</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física.</p> <p>Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y 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.</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa por medio de vínculos sociales y la relación con la condición física.</p> <p>Disfrute de los videos para hacer ejercicio SilverSneakers On-Demand desde su casa, los talleres y las clases EN VIVO, y mucho más en SilverSneakers.com y 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>Acupuntura*</p>		
<p>Cobertura de Medicare</p>	<p>Paga un copago de \$50 por acupuntura cubierta por Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$40 por acupuntura cubierta por Medicare.</p>

Resumen de Beneficios 2024

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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 Core (HMO) CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
<p>Etapas de Cobertura Inicial</p>	<p>Paga los copagos indicados en las tablas que se muestran a continuación hasta que el total de los costos de sus medicamentos anuales alcance la suma de \$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 especiales 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 Core (HMO) 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 de interrupción de la 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

Resumen de Beneficios 2024

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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.
Pedido por correo: suministro para 1 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 2 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 de tres meses	Copago	Copago

Resumen de Beneficios 2024

Medicamentos de la Parte D de Medicare	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)
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.
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., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.