

CareFirst

Medicare Advantage

2025

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, Inc., que es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

Y0154_H7379_801_MA02313GRP_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 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage. Este documento destaca cualquier cambio en los costos y beneficios de su plan para el año del plan 2025. *Consulte la página 5 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 en 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 las restricciones en la cobertura y los costos.
 - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de distribución de costo diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.
- 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 plan local de BlueCross BlueShield, 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 individuales 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 de 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- 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 2025.
- 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 es de 8 a. m. a 6 p. m., 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 de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage depende de la renovación del contrato.
- En este documento, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a CareFirst Advantage PPO, Inc. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage

Y0154_H7379_801_MA02313GRP_M_SPN

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de los costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage en 2025	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en sus montos máximos de gastos de bolsillo	7
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
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	9
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir	13
Sección 4.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage ...	13
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan	14
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 8 ¿Preguntas?	16
Sección 8.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage	16
Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare	17

Resumen de los costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2024 con los costos del año 2025 para CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles).	Comuníquese con su antiguo empleador o sindicato para obtener información sobre las primas.	Comuníquese con su antiguo empleador 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 detalles).	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 admisión	\$50 de copago por admisión
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).	Deducible:\$0 Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Genérico preferido (Nivel 1): \$5 Genérico (Nivel 2): \$10 Marca preferida (Nivel 3): \$20 Medicamento no preferido (Nivel 4): \$40. Usted paga	Deducible:\$0 Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Genérico preferido (Nivel 1): \$5 Genérico (Nivel 2): \$10 Marca preferida (Nivel 3): \$20 Medicamento no preferido (Nivel 4): \$40. Usted paga

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>\$35 por mes por el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Especialidad (Nivel 5): 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <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. 	<p>\$35 por mes por el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Especialidad (Nivel 5): 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura en caso de Catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage en 2025

Le inscribiremos automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage 2025. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados durante 2025 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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	Comuníquese con su antiguo empleador o sindicato para obtener información sobre las primas.	Comuníquese con su antiguo empleador 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 montos máximos de gastos de bolsillo

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.

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado	\$6,000	\$6,000
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	Una vez que haya pagado \$6,000 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la	Una vez que haya pagado \$6,000 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
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.	Parte A y de la Parte B proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red por el resto del año calendario.	Parte B proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red por el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encontrarán en nuestro sitio web en www.carefirst.com/myaccount a partir del 15 de octubre de 2024. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para 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 2025 en www.carefirst.com/myaccount 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 2025 en www.carefirst.com/myaccount 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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Programa virtual para la diabetes de Onduo	Onduo era un beneficio del plan para los miembros del plan con diabetes.	El programa Onduo ya no se ofrecerá. El personal de

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		Administración de la Atención de CareFirst puede ayudar a los miembros con diabetes a tratar su afección.

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 2025 se publicará en el sitio web a partir del 15 de octubre de 2024.

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, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de distribución de costo o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente trasladarlo a un nivel diferente de distribución de costos o agregar nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por uno biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que obtenga un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si usted está tomando un producto biológico original en el momento que realizamos el cambio, recibirá información sobre el cambio específico que realizamos pero es posible que este llegue después de hayamos realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Food and Drug Administration (FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

Nota: Si está inscrito en un programa que le 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.** Hemos incluido 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*.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe. El Programa de Descuento para el Período sin Cobertura ya no existirá en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento para el Período Sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tiene deducible por medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tiene deducible por medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en la distribución de costos en la Etapa de Cobertura Inicial

Consulte el siguiente cuadro para ver qué cambios se realizaron en 2024 para 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (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>Los costos en este cuadro 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.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o recetas médicas con envío por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>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: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 2: genéricos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga \$40 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que usted paga \$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>	<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: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 2: genéricos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga \$40 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/> <p>Una vez que usted paga \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe).</p>

Cambios a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe

La Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Autorización previa de suministros para diabéticos	No se requirió autorización previa para ningún medidor de glucosa en sangre ni productos de tiras reactivas.	No existe autorización previa para los productos de tiras reactivas o medidores de glucosa en sangre OneTouch y Accu-Chek. Todos los demás medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas requieren autorización previa.
Cobertura mejorada de medicamentos: cambios	No había autorización previa, límites de cobertura y terapia escalonada (administración de utilización) para medicamentos mejorados (medicamentos no cubiertos por Medicare).	Existe autorización previa, límites de cobertura y terapia escalonada (administración de utilización) para medicamentos mejorados (medicamentos no cubiertos por Medicare).
Plan Medicare Prescription Payment.	No aplica	El Plan Medicare Prescription Payment es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos en 888-970-0917 o visite Medicare.gov.</p>
Reducción del desperdicio de medicamentos	Nuestro sistema de surtido de recetas no tuvo en cuenta la acumulación excesiva de medicamentos.	Es posible que retrasemos el momento en que pueda resurtir sus medicamentos si tiene medicamentos adicionales a mano.

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 continúe como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse de plan para el año 2025, 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 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea la guía *Medicare y Usted 2025*, 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 comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar 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 2025*.

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 multa por inscripción tardía. Para verificar si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán 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.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.** Los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) ayudan a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición 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 2025*.

- **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. Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de HIV, bajos ingresos según lo defina el estado, y 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 AIDS (ADAP) 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, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, sobre cómo continuar recibiendo ayuda, comuníquese con el ADAP de su estado. Puede encontrar una lista de los Programas de Asistencia de Medicamentos para AIDS en el Anexo A al final de su *Evidencia de cobertura* 2025. Cuando llame, asegúrese de indicar su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan Medicare Prescription Payment.** El Plan Medicare Prescription Payment es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan Medicare Prescription Payment. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos en 888-970-0917 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

Sección 8.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 833-320-2664. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* 2025 (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 2025. Para obtener más información, revise la *Evidencia de cobertura* 2025 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 cubiertos* (*Formulario*/"*Lista de medicamentos*"), la cual se publicará a partir del 15 de octubre de 2024.

Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información de Medicare en forma directa:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare www.medicare.gov. Contiene información sobre los costos, la cobertura y el sistema de calificación de calidad con estrellas, lo que lo ayudará a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para obtener información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y Usted 2025

Lea la guía *Medicare y Usted 2025*. 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.