



# Programa Healthy Rewards

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD  
MEDICARE ADVANTAGE

2026

# Esta guía contiene:

- 3 ¡Le damos la bienvenida!
- 4 ¡Empiece a obtener recompensas saludables con Healthy Rewards!
- 5 Cómo funciona
- 7 Consulta anual de bienestar
- 8 Formulario de examen de bienestar anual de 2026
- 9 Vacuna anual contra la gripe
- 10 Formulario de vacunación anual contra la gripe de 2026
- 11 Visita a domicilio
- 12 Formulario de visitas a domicilio de 2026
- 13 Visita al médico después de una hospitalización
- 14 Formulario de visita al médico después de una hospitalización de 2026
- 15 Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- 17 Formulario de examen de detección de cáncer colorrectal de 2026
- 19 Mamografías (examen de detección de cáncer de mama)
- 20 Formulario de mamografía (examen de detección de cáncer de mama) de 2026
- 21 Control de la diabetes
- 23 Formulario de prueba de HbA1C para la diabetes de 2026
- 25 Formulario de examen de retina para diabéticos de 2026
- 27 Formulario de evaluación de salud renal para diabéticos de 2026
- 29 Evaluación de riesgos de salud
- 31 Información médica
- 32 Registro de medicamentos
- 34 Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma

# ¡Le damos la bienvenida!

En CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (CareFirst), creemos que la atención preventiva desempeña un papel importante para mantenerse saludable. Es por eso que le recomendamos que participe en nuestro Programa Healthy Rewards para estar más saludable y feliz.

## Gane un total de \$180 en recompensas saludables cuando se realice los siguientes exámenes de detección

- Consulta anual de bienestar
- Vacuna anual contra la gripe
- Visita a domicilio
- Visita después de una hospitalización
- Examen de detección de cáncer colorrectal en el hogar
- Colonoscopia o sigmoidoscopia flexible
- Mamografía (examen de detección de cáncer de mama)
- Examen de detección de HbA1C para diabéticos
- Examen de retina para diabéticos
- Evaluación de salud renal para diabéticos
- Evaluación de riesgos de salud



## Nos encantaría ayudarle

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Puede comunicarse con un representante de servicios de atención al cliente de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.



# ¡Empiece a obtener recompensas saludables con Healthy Rewards!

## Siga los siguientes pasos:

- Llame a su médico para programar el examen de detección preventiva, el examen o la vacuna que necesite. Podemos ayudarle a programar su visita. Simplemente llame a nuestro número de Servicios para Miembros.
- Lleve este folleto a su cita.
- Extraiga los formularios correspondientes que se encuentran a partir de la página 8. Asegúrese de escribir su nombre completo y número de identificación de miembro en el formulario (ubicado en el frente de su tarjeta de identificación de miembro).
- Envíe el formulario completo por correo, fax o correo postal:

[CareFirstRewards@carefirst.com](mailto:CareFirstRewards@carefirst.com)

**Por correo postal:** CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage  
Attn: Quality Dept., P.O. Box 915,  
Owings Mills, MD 21117

**Fax:** 410-779-3957

Sus recompensas saludables se cargarán en una tarjeta prepaga del tipo de beneficio de atención de la salud, como se muestra a continuación.

Conserve la tarjeta, ya que se recargará con su recompensa cada vez que complete una de las actividades. La tarjeta se recargará el mes siguiente cuando recibamos la confirmación al completarse. Las recompensas saludables no se transfieren al próximo año y vencen el 28 de febrero de 2027.



## ¡Realícese sus exámenes de detección hoy mismo!

Para recibir recompensas elegibles, todos los servicios deben completarse antes del 31 de diciembre de 2026 y todos los formularios completados deben enviarse al plan antes del 31 de enero de 2027.

Puede que ningún formulario recibido después del 31 de enero de 2027 sea elegible para una recompensa saludable.



Sus recompensas saludables se cargarán en la tarjeta prepaga del tipo de beneficio de atención de la salud después de que recibamos el formulario completo y hayamos verificado los servicios. Las recompensas saludables no pueden utilizarse para comprar tabaco o alcohol. Las recompensas saludables pueden convertirse en dinero en efectivo. Todas las medidas preventivas deben completarse en el año calendario de 2026. Esta recompensa solo se puede ganar una vez por año calendario.

La tarjeta prepaga Benefits de Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la FDIC, de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. Mastercard es una marca comercial registrada, y el diseño de círculos es una marca comercial registrada de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede usar para gastos elegibles donde se acepte Mastercard.

# Cómo funciona

Actividad	Lo que debe saber	Recompensa
Consulta anual de bienestar	Una visita por año	\$20
Vacuna anual contra la gripe	Una vacuna contra la gripe por año	\$10
Servicios de apoyo clínico en el hogar de CareFirst	Una visita por año	\$20
Visita al médico después de una hospitalización	Debe realizarla dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (una por año)	\$20
Examen de detección de cáncer colorrectal: Colonoscopia o sigmoidoscopia flexible	Elija un examen de detección de cáncer colorrectal entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026. Solicite su recompensa antes del 31 de enero de 2027. Solo recibirá una recompensa saludable por año calendario, independientemente de cuántas pruebas se hayan realizado.	\$30
Examen de detección de cáncer colorrectal en el hogar (iFOBT)		\$20
Examen de detección de cáncer de mama	Una mamografía por año	\$20
Prueba de HbA1c para diabéticos Examen de retina para diabéticos Evaluación de salud renal para diabéticos	Un examen de detección de HbA1c por año, un examen de retina por año y una evaluación de salud renal por año	\$30
Evaluación de riesgos de salud (HRA)	Complete y devuelva su HRA dentro de los 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción o anualmente (no más de 365 días después de completar su última HRA) a partir de entonces	\$10

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Consulta anual de bienestar

El plan recomienda a todos los miembros realizar una visita anual de bienestar una vez cada 12 meses. Durante esta visita, su médico controlará su salud y trabajará con usted para desarrollar un plan de atención personalizado.

La visita se ofrece a todos los miembros de Medicare una vez al año sin costo y debe realizarse presencialmente en 2026 para poder ser elegible para una recompensa saludable.

## Durante su visita anual de bienestar, recuerde lo siguiente:



Pregúntele a su proveedor qué exámenes de detección debe realizarse.



Pregunte sobre sus valores de salud (presión arterial o índice de masa corporal).



Hable con su médico sobre cualquier medicamento de venta libre que tome para saber si es seguro tomarlo junto con cualquier medicamento que se le haya recetado.



Reduzca el riesgo de caídas hablando sobre cómo prevenirlas.



Informe a su médico sobre cualquier dolor que pueda tener o cualquier cambio físico o mental que tenga.



Analice la planificación anticipada de la atención con su médico para tomar decisiones sobre la atención que desea recibir si no puede hablar por sí mismo.

## Formulario de examen de bienestar anual de 2026

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su examen de bienestar anual con su proveedor. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

Separar por la línea punteada

### INSTRUCCIONES

- **Correo electrónico:** CareFirstRewards@carefirst.com
- **Por correo postal:** CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage  
Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117
- **Fax:** enviar el formulario completo al 410-779-3957

### COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre:

Identificación del miembro (figura en la tarjeta de identificación de salud)	Fecha de nacimiento del miembro
--	---------------------------------

Firma del asegurado

Nombre del proveedor	Fecha de la visita
----------------------	--------------------

Nombre del consultorio

Dirección

Número de teléfono	Número de fax
--------------------	---------------

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

# Vacuna anual contra la gripe

CareFirst recomienda a los miembros vacunarse contra la gripe. Las defensas inmunitarias de las personas se debilitan con la edad. La gripe puede ser grave para las personas mayores de 65 años o con otros factores de riesgo para la salud.

Se ofrece una vacuna anual contra la gripe sin costo para todos los miembros de Medicare. Debe realizarse presencialmente en 2026 para poder recibir una recompensa saludable.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), no es posible predecir cómo serán las temporadas de gripe. El momento, la gravedad y la duración de la temporada de gripe suelen variar todos los años.

Las vacunas contra la gripe se actualizan cada temporada porque los virus de la gripe cambian constantemente. Además, la inmunidad disminuye con el tiempo. Las vacunas anuales ayudan a garantizar la mejor protección posible contra la gripe.



## ¡Vacúñese contra la gripe hoy mismo!

Llame a su médico hoy mismo para programar su vacuna contra la gripe. Asegúrese de preguntar si su farmacia puede vacunarle sin costo alguno.



## Formulario de vacunación anual contra la gripe de 2026

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de recibir la vacuna anual contra la gripe. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

INSTRUCCIONES	
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Correo electrónico:</b> CareFirstRewards@carefirst.com</li><li>■ <b>Por correo postal:</b> CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117</li><li>■ <b>Fax:</b> enviar el formulario completo al 410-779-3957</li></ul>	
COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN	
Nombre del profesional de atención médica	
Nombre del consultorio/farmacia	
Teléfono del consultorio/farmacia	Fax del consultorio/farmacia
Número identificador de proveedor nacional (NPI)	
Ubicación/dirección	
Nombre del miembro	
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento del miembro
Fecha de la vacuna contra la gripe	
Firma	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

Separar por la línea punteada

# Visita a domicilio

Su plan incluye la opción de que se le realice una evaluación de salud integral en la comodidad de su propio hogar. Este beneficio está disponible sin costo.

Durante la visita, un médico matriculado proporcionará una evaluación de salud exhaustiva, incluidos análisis de laboratorio y exámenes de detección de diabetes, cáncer de colon y enfermedades renales y vasculares. Revisarán sus antecedentes médicos y medicamentos y responderán cualquier pregunta que pueda tener.

Puede inscribirse en la coordinación de la atención. Este servicio brinda asistencia valiosa para aprovechar al máximo su atención. Podemos ayudarle a programar citas, coordinar el transporte, obtener medicamentos o equipos médicos de menor costo y brindarle recomendaciones nutricionales para mejorar su salud general.



## ¿Qué sucede en esta visita?

Su evaluación en el hogar no reemplaza su visita anual con su médico de atención primaria. Tanto usted como su médico de atención primaria recibirán un informe de Resumen de visitas clínicas con los resultados de su evaluación. Esto le ayudará a tener una conversación informada en su examen preventivo anual o en su próxima visita al médico de atención primaria.



## Formulario de visitas a domicilio de 2026

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su visita a domicilio. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

INSTRUCCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Correo electrónico:</b> CareFirstRewards@carefirst.com</li> <li>■ <b>Por correo postal:</b> CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept., P.O. Box 9115, Owings Mills, MD 21117</li> <li>■ <b>Fax:</b> enviar el formulario completo al 410-779-3957</li> </ul>	
COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN	
Nombre	
Identificación del miembro (figura en la tarjeta de identificación de salud)	Fecha de nacimiento del miembro
Firma del asegurado	
Nombre del profesional de atención médica	Fecha de la visita a domicilio
Nombre del consultorio	
Dirección del proveedor	
Número de teléfono	Número de fax

Separar por la línea punteada

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

# Visita al médico después de una hospitalización

La visita posterior a la hospitalización se ofrece sin costo a los miembros de Medicare que se admitieron para una observación o una hospitalización.

Si realiza su visita posterior a la hospitalización dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria, será elegible para recibir una recompensa saludable. Esta visita puede realizarse presencialmente o a través de telesalud (en su computadora, teléfono o tableta) con el proveedor.

CareFirst comprende que puede ser difícil regresar a casa después de estar en el hospital. Es posible que se haya ido del hospital con varias instrucciones de seguimiento. Es posible que tenga que tomar muchos medicamentos. También es posible que desee más ayuda y apoyo médico en las semanas posteriores a su hospitalización.



## ¿Qué sucede en esta visita?

Esta visita puede realizarse con un médico de atención primaria o especialista. Durante esta visita, su médico revisará las instrucciones que recibió en el hospital. Su médico verá si necesita ajustar algún medicamento, hacer un seguimiento de los resultados de las pruebas y analizar tratamientos futuros.



# Formulario de visita al médico después de una hospitalización de 2026

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su visita con su proveedor. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

INSTRUCCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Correo electrónico:</b> CareFirstRewards@carefirst.com</li> <li>■ <b>Por correo postal:</b> CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117</li> <li>■ <b>Fax:</b> enviar el formulario completo al 410-779-3957</li> </ul>	
COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN	
Nombre del miembro	
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento del miembro
Firma del asegurado	
Fecha de admisión hospitalaria	Fecha de alta hospitalaria
Fecha de la cita con el proveedor	
Nombre del miembro del personal del consultorio que completa el formulario	
Nombre del consultorio	
Nombre del proveedor	Teléfono del proveedor
Dirección del proveedor	

Separar por la línea punteada

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

# Exámenes de detección de cáncer colorrectal

Según los CDC, los exámenes de detección regulares son clave para prevenir el cáncer colorrectal. Su plan le recomienda que hable con su proveedor sobre cuándo comenzar a realizarse exámenes de detección de cáncer colorrectal, qué prueba realizarse y con qué frecuencia realizársela.

Los exámenes de detección de cáncer colorrectal pueden detectar problemas antes de que se produzca cualquier síntoma. Su proveedor tendrá en cuenta su edad, antecedentes médicos, antecedentes familiares y salud general para determinar qué examen de detección es adecuado para usted.

Medicare cubre tres tipos de exámenes de detección de cáncer colorrectal cuando los indica un médico: colonoscopia, sigmoidoscopia flexible y una prueba de heces en el hogar llamada prueba inmunoquímica para detectar sangre oculta en las heces (immunochemical Fecal Occult Blood Test, iFOBT). No hay requisito de edad para que los miembros se realicen una colonoscopia, pero deben tener más de 50 años para realizarse una sigmoidoscopia flexible o una prueba de heces iFOBT. El examen de detección debe realizarse dentro del plazo recomendado para poder recibir una recompensa saludable.

## Examen de detección de cáncer colorrectal en el hogar (iFOBT)

Los exámenes de detección de cáncer colorrectal en el hogar son una manera práctica y no invasiva para que las personas controlen la salud del colon.

Con muestras de heces, la iFOBT detecta de manera temprana el cáncer colorrectal o las afecciones precancerosas. Al recolectar una muestra en el hogar y enviarla para analizarla, las personas pueden realizar exámenes de detección regulares, que son fundamentales para el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz.

Si bien no sustituyen a una colonoscopia, pueden ser un primer paso vital. En combinación con el asesoramiento médico profesional, mejoran la detección temprana y pueden mejorar los resultados de salud.

## Guías para la detección

Se recomienda que las personas realicen una prueba de heces iFOBT cada 12 meses, una sigmoidoscopia flexible cada cinco años o una colonoscopia cada 10 años.



## Kit de examen de detección iFOBT

1. Complete un kit de detección de cáncer colorrectal iFOBT antes del 31 de diciembre de 2026. Use el kit según las instrucciones.
2. Envíe su muestra por correo al laboratorio para que la procesen. Las instrucciones sobre cómo hacerlo se incluirán en su kit.
3. Complete el formulario en este folleto del programa Healthy Rewards.
4. Despues de su visita con su proveedor, envíe su formulario completo por correo electrónico, fax o correo postal:

**Correo electrónico:**

[CareFirstRewards@carefirst.com](mailto:CareFirstRewards@carefirst.com)

**Por correo postal:**

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept.,  
P.O. Box 915,  
Owings Mills, MD 21117

**Fax:** enviar el formulario completo al 410-779-3957

## Colonoscopia o sigmoidoscopia flexible

5. Hable con su proveedor para programar una cita para su examen de detección de cáncer colorrectal antes del 31 de diciembre de 2026.
6. Despues de realizar su examen de detección, complete el formulario de este folleto del programa Healthy Rewards.
7. Despues de su visita con su proveedor, envíe su formulario completo por correo electrónico, fax o correo postal:

**Correo electrónico:**

[CareFirstRewards@carefirst.com](mailto:CareFirstRewards@carefirst.com)

**Por correo postal:** CareFirst BlueCross

BlueShield Medicare Advantage  
Attn: Quality Dept.,  
P.O. Box 915,  
Owings Mills, MD 21117

**Fax:** enviar el formulario completo al 410-779-3957

### ¿Quién puede ganar esta recompensa?

Miembros de Medicare Advantage que son elegibles para un examen de detección colorrectal. Una recompensa por miembro en 2026.

### ¿Cómo puedo ganar esta recompensa?

Debe realizarse un examen de detección de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026. Solicite su recompensa antes del 31 de enero de 2027. Deberá indicar la fecha de la visita y el tipo de prueba.

# Formulario de examen de detección de cáncer colorrectal de 2026

Separar por la línea punteada

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su examen de detección de cáncer colorrectal. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

## INSTRUCCIONES

- **Correo electrónico:** CareFirstRewards@carefirst.com
- **Por correo postal:** CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage  
Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117
- **Fax:** enviar el formulario completo al 410-779-3957

## COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Existen tres maneras de realizarse un examen de detección de cáncer colorrectal. Solo recibirá una recompensa saludable por año calendario, independientemente de cuántas pruebas se hayan realizado. Una vez completado, no es elegible para recibir otra recompensa saludable a través del programa Healthy Rewards por cualquier examen de detección de cáncer colorrectal adicional en 2026.

Indique qué prueba se realizó

Colonoscopía      Sigmoidoscopia flexible      Kit iFOBT

Fecha de la prueba o fecha en que se envió por correo el kit de detección al laboratorio

Nombre del miembro

Identificación del miembro

Fecha de nacimiento del miembro

Firma del asegurado

Nombre del proveedor

Fecha de la visita

Teléfono del proveedor

Nombre del consultorio/grupo

Dirección del proveedor

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Mamografías (examen de detección de cáncer de mama)

Según los CDC, las mamografías pueden ayudar a detectar el cáncer de mama de manera temprana, cuando es más fácil de tratar. Su plan le recomienda que hable con su proveedor sobre cuándo comenzar a realizarse exámenes de detección de cáncer de mama y con qué frecuencia realizárselos.

Las mamografías detectan el cáncer de mama incluso si una mujer no tiene ningún signo o síntoma. Durante este examen de detección, se toman radiografías de cada mama; en las imágenes se buscan bultos o tumores que no se pueden sentir.

Las mamografías también pueden detectar otros problemas que pueden indicar problemas en las mamas. Es posible que algunos centros de diagnóstico por imágenes requieran una derivación. Asegúrese de consultarla cuando llame para programar su cita. Si se necesita una derivación, su médico de atención primaria le proporcionará una.

Hable con su proveedor si tiene alguna pregunta.

Las mamografías preventivas se ofrecen sin costo a las mujeres mayores de 40 años miembros de Medicare. Este examen de detección debe realizarse entre el 1 de octubre de 2025 y el 31 de diciembre de 2026 para poder ser elegible para recibir una recompensa saludable.



## Formulario de mamografía (examen de detección de cáncer de mama) de 2026

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su cita de mamografía. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

INSTRUCCIONES	
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Correo electrónico:</b> CareFirstRewards@carefirst.com</li><li>■ <b>Por correo postal:</b> CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117</li><li>■ <b>Fax:</b> enviar el formulario completo al 410-779-3957</li></ul>	
COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN	
Nombre del miembro	
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento del miembro
Firma del asegurado	
Fecha de la mamografía	Fecha de hoy
Nombre del centro de mamografías	
Ubicación/dirección	
Número de teléfono del lugar	

Separar por la línea punteada

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

# Control de la diabetes

Según los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), realizarse un examen de retina anual, una prueba de A1c y una prueba renal es esencial para las personas que tienen diabetes. CareFirst le recomienda que hable con su proveedor sobre estos exámenes de detección de rutina para ayudarle a controlar la diabetes de manera eficaz.

## Por qué es importante la prueba de A1c

Las personas con diabetes se benefician de las pruebas regulares de A1c para controlar la glucosa en sangre a largo plazo. La prueba de A1c refleja sus niveles promedio de azúcar en sangre durante los últimos 2 a 3 meses y ayuda a guiar las decisiones de tratamiento para reducir el riesgo de complicaciones.

Su proveedor usará sus resultados de A1c para evaluar qué tan bien controla su diabetes y puede cambiar su plan de tratamiento según corresponda.

### ¿Qué incluye la prueba de A1c?

Medicare cubre pruebas de rutina para personas con diabetes. Esto incluye la prueba de hemoglobina A1c, un análisis de sangre que mide el porcentaje de hemoglobina glucosilada, lo que indica sus niveles promedio de azúcar en sangre.

### Guías para la detección

Se recomienda que las personas con diabetes se realicen una prueba de A1c al menos dos veces al año para controlar el nivel de azúcar en sangre y calificar para recibir una recompensa saludable.

## Por qué son importantes los exámenes oculares para diabéticos

La diabetes puede dañar los vasos sanguíneos de la retina, lo que puede causar pérdida de la visión o ceguera. La detección temprana mediante exámenes oculares anuales puede ayudar a prevenir o retrasar la evolución de la enfermedad ocular diabética.

Su proveedor evaluará su salud ocular y puede derivarle a un especialista en atención oftalmológica para realizar un examen integral con dilatación de pupilas.

### ¿Qué incluye el examen ocular para diabéticos?

Medicare cubre un examen anual de retina para personas con diabetes. Esto incluye:

Examen de retina con dilatación: un examen ocular realizado por un optometrista u oftalmólogo para detectar signos de retinopatía diabética y otras afecciones oculares.

Este examen se suele realizar una vez al año y es esencial para preservar la visión y controlar la salud ocular.

### Guías para la detección

Se recomienda que las personas con diabetes se realicen un examen ocular de retina al menos una vez al año para controlar la salud ocular y calificar para una recompensa saludable.

## Por qué es importante una evaluación renal

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica (ERC). La detección temprana mediante pruebas de rutina puede ayudar a retrasar o prevenir la evolución del daño renal.

Su proveedor considerará su salud general, el control de la diabetes y los antecedentes médicos para determinar las pruebas adecuadas para usted.

### ¿Qué incluye la evaluación renal para diabéticos (KED)?

Medicare cubre una evaluación renal anual para personas con diabetes. Esto incluye:

- Relación albúmina-creatinina en orina (Urine Albumin-Creatinine Ratio, uACR): un análisis de orina que detecta proteínas (albúmina) en la orina, lo que puede ser un signo temprano de daño renal.
- Tasa de filtración glomerular estimada (Estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR): un análisis de sangre que mide qué tan bien los riñones filtran los desechos de la sangre.

Ambas pruebas se suelen realizar una vez al año y son esenciales para controlar la función renal.

### Guías para la detección

Se recomienda que las personas con diabetes se realicen la prueba de uACR y eGFR al menos una vez al año para controlar la salud y la calidad de los riñones y calificar para una recompensa saludable.



## Formulario de prueba de HbA1C para la diabetes de 2026

Separar por la línea punteada

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de realizarse el análisis de sangre de HbA1C. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos. Para calificar para esta recompensa, debe completar los tres exámenes de detección.

INSTRUCCIONES	
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Correo electrónico:</b> CareFirstRewards@carefirst.com</li><li>■ <b>Por correo postal:</b> CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117</li><li>■ <b>Fax:</b> enviar el formulario completo al 410-779-3957</li></ul>	
COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN	
Nombre del miembro	
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento del miembro
Firma del asegurado	
Fecha de la HbA1c	Valor
Nombre del proveedor/consultorio	
Ubicación/dirección	
Número de teléfono del lugar	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**

## Formulario de examen de retina para diabéticos de 2026

*Separé por la línea punteada*

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su examen ocular. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

### INSTRUCCIONES

- **Correo electrónico:** CareFirstRewards@carefirst.com
- **Por correo postal:** CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage  
Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117
- **Fax:** enviar el formulario completo al 410-779-3957

### COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre del miembro

Identificación del miembro

Fecha de nacimiento del miembro

Firma del asegurado

Fecha del examen ocular

Nombre del proveedor/consultorio

Ubicación/dirección

Número de teléfono del lugar

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Formulario de evaluación de salud renal para diabéticos de 2026

Separar por la línea punteada

Hemos incluido un formulario para que lo complete, firme y feche después de su evaluación renal para diabéticos. Desprenda la línea punteada y complete todos los campos.

INSTRUCCIONES	
<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Correo electrónico:</b> CareFirstRewards@carefirst.com</li><li>■ <b>Por correo postal:</b> CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attn: Quality Dept., P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117</li><li>■ <b>Fax:</b> enviar el formulario completo al 410-779-3957</li></ul>	
COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN	
Nombre del miembro	
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento del miembro
Firma del asegurado	
Fecha de la eGFR	Valor
Nombre del proveedor/consultorio	
Ubicación/dirección	
Número de teléfono del lugar	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Evaluación de riesgos de salud

Las evaluaciones de riesgos de salud se utilizan para ayudar a identificar cualquier riesgo de salud que pueda afectar su salud. Después de responder cada pregunta, su administrador de casos usará esta y otra información médica para crear un plan de atención personalizado según sus necesidades de atención de la salud.

Le enviaremos por correo el plan de atención a usted y a su médico de atención primaria. El plan de atención incluirá objetivos y acciones para que mejore su salud. Le recomendamos que hable con su médico de atención primaria sobre su plan de atención en cada visita.

Para recibir esta recompensa, debe completar la HRA dentro de los primeros 90 días de la inscripción en el plan o anualmente a partir de entonces. CareFirst se comunicará con usted cuando deba realizar su HRA.

Puede completar esta evaluación en su propio hogar. No necesita ir al médico para hacerla.

## Tres maneras de completar su HRA



**¡Complétala por teléfono!** cuando le llamemos! Es rápida y confidencial.



**Envíela por correo.** Simplemente pídale al representante por teléfono que le envíe una copia por correo. La enviaremos por correo con un sobre con franqueo pagado.



**Envíela en línea.** Realice la evaluación en [carefirst.com/hraform](http://carefirst.com/hraform). Es rápido y confidencial.

## Las HRA se ofrecen sin cargo a los miembros de Medicare.

Un miembro de nuestro equipo de administración de casos le llamará para analizar los resultados de su HRA y desarrollar un plan de atención personalizado poco después de que recibamos su HRA completada. Las conversaciones con el equipo de administración de casos no cuentan como una HRA completada. Debe completar la breve encuesta para ser elegible para la recompensa saludable.

La HRA debe completarse antes del 31 de diciembre de 2026 para poder ser elegible para recibir una recompensa saludable.

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Información médica

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Teléfono:

<b>MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>
Nombre:	Nombre:
Teléfono:	Relación
<b>OTROS MÉDICOS</b>	Número de teléfono
Nombre:	
Especialidad:	
<b>FARMACIA</b>	<b>AFECCIONES MÉDICAS</b>
Nombre:	
Teléfono:	

# Registro de medicamentos

Use estas dos páginas para llevar un registro de todos los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre, los suplementos a base de hierbas y vitaminas. Comparta esta información con su proveedor y farmacéutico durante todas las visitas. Recuerde usar un lápiz para poder hacer cualquier cambio si es necesario. Debe revisar este registro cuando comience o suspenda un nuevo medicamento, cambie su dosis o durante las visitas con su proveedor.

REGISTRO DE MEDICAMENTOS		
Nombre del medicamento		
Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	
Nombre del medicamento		
Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	
Nombre del medicamento		
Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	
Nombre del medicamento		
Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	

### REGISTRO DE MEDICAMENTOS (CONTINUACIÓN)

Nombre del medicamento

Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	

Nombre del medicamento

Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	

Nombre del medicamento

Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	

Nombre del medicamento

Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	

Nombre del medicamento

Forma (píldora, parche, inyección, etc.)	Concentración	Con qué frecuencia
Fecha de inicio/finalización o en curso	Motivo de uso	

# Aviso de Prohibición de Discriminación y Disponibilidad de Servicios de Ayuda con el Idioma

(ACTUALIZADO EL 15 DE ABRIL DE 2025)

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 855-258-6518.**

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 14858  
Lexington, KY 40512

Dirección de Correo Electrónico [civilrightscoordinator@carefirst.com](mailto: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 PPO, 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 and Blue Shield.

## Ayuda con el Idioma Extranjero

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their identification card. All others may call 1-855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

ማስለስያ (Amharic): ይህ ማስቀመጥ ከለ ላይ አንድ ማስቀመጥ መረጃ ይብል፡ ቁልፍ ቁጥር 1 ላይ ይችላል እና በተወስኑ የግብር ገዢዎች መውሰድ ለግብር ቁጥር 0፡፡ ይህንን መረጃ እና ላይ የለ ተስፋዎች መሠረት በማስቀመጥ መስቀል ለአማርኛ፡፡ አስላክ በአገልግሎት መታወቃ ከርድናው ፖርድ ወቅልው ከልዕስ ቁጥር መውሰል ለአስተኛው፡፡ ለአሁን በማስኑ ወደ 855-258-6518 በመወጪ በንግድ አገልግሎት ለአገልግሎት የግብር መስቀል ይችላል፡፡ አገልግሎት በማስኑ የግብር መስቀል ይችላል እና ከእነተኛው የግብር መስቀል ይችላል፡፡

التنبيه (Arabic): يحتوي هذا الإشعار على معلومات حول تغطية التأمينية، قد يحتوي على تاريخ رئيسي وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراء بحلول مواعيد نهائية معينة. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بغضون أي تكلفة. يجب على الأعضاء الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هوية العضوية الخاصة بهم. يمكن للأخرين الاتصال بالرقم 855-258-6518 والانتظار طوال الحوار حتى يطلب منهم الضغط على الرقم 0. عندما يجيبك أحد الوكلاء، حدد اللغة التي تحتاجها وسitem توصيلك بمترجم فوري.

মনোযোগ দিন (Bengali): এই বিজ্ঞপ্তিতে আপনার বীমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এতে শুরুত্বপূর্ণ তারিখগুলি থাকতে পারে এবং আপনাকে হ্যাত নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে পদার্থকল্প নিতে হতে পারে। আপনার ভাষায় বিনামূল্যে এই তথ্য এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদসাদের তাদের সদস্য পরিচয়গুরুর পিছনে দেওয়া ফোন নম্বরে কল করা উচিত। অন্যান্য 855-258-6518 নম্বরে কল করতে পারেন এবং 0 চাপ দেওয়ার জন্য অনুরোধ না করা পর্যন্ত সংলাপের জন্য অপেক্ষা করাতে পারেন। যথন একজন এজেন্ট উত্তর দেবেন, তখন আপনার প্রয়োজনীয় ভাষাটি বলুন এবং আপনাকে একজন দোতাৰীর সাথে সংযুক্ত করা হবে।

注意 (Chinese)：此通知包含有關您的保險範圍的資訊。它可能包含關鍵日期。您可能需要在特定截止日期之前採取行動。您有權免費以您的語言獲取此資訊和協助。會員應撥打會員證背面的電話號碼。其他所有人可以撥打 855-258-6518 並等待對話框，直到提示按 0。當代理商接聽時，請說明您需要的語言，然後您將會與翻譯人員聯繫。

توجه (Farsi): این اطلاعیه حاوی اطلاعاتی درباره پوشش بیمه‌ای شما است. ممکن است شامل تاریخ‌های مهم باشد و لازم باشد تا مهلت‌های شخصی اقدام کنید. شما حق دارید این اطلاعات و کمک را به زبان خود و باصورت رایگان دریافت کنید. اعضاء باید با شماره تلفن در جشده در پشت کارت شناسایی ضمیمه خود تفاسی بگیرند. سایر افراد می‌توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا مستور داده شود که عدد 0 را فشار دهند. هنگامی که یک نماینده پاسخ داد، زبان مورد نیاز خود را اعلام کنید تا به یک مترجم متصل شوید.

Attention (French): Le présent avis contient des informations essentielles relatives à votre couverture d'assurance. Il peut inclure des échéances importantes nécessitant une action de votre part dans un délai déterminé. Vous avez le droit d'obtenir ces informations ainsi qu'une assistance dans votre langue, et ce, sans frais. Les assurés sont invités à contacter le numéro figurant au verso de leur carte d'adhérent. Toute autre personne peut appeler le 855-258-6518 et patienter jusqu'à l'invitation à composer le 0. Lorsque votre appel sera pris en charge, indiquez la langue souhaitée afin d'être mis en relation avec un interprète.

Achtung (German): Dieser Hinweis enthält Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz. Darin sind möglicherweise wichtige Termine aufgeführt und Sie müssen möglicherweise bis zu bestimmten Fristen Maßnahmen ergreifen. Sie haben das Recht, diese Informationen und Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Mitglieder sollten die Telefonnummer auf der Rückseite ihres Mitgliedsausweises anrufen. Alle anderen können 855-258-6518 anrufen und den Dialog abwarten, bis sie aufgefordert werden, die 0 zu drücken. Wenn ein Agent antwortet, geben Sie die gewünschte Sprache an und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

ध्यान दें (Hindi): इस नोटिस में आपके बीमा कवरेज के बारे में जानकारी है। इसमें महत्वपूर्ण तिथियां हो सकती हैं और आपको निश्चित समय सीमा तक कार्रवाई करनी पड़ सकती है। आपको यह जानकारी और सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। सदस्यों को अपने सदस्य पहचान पत्र के पीछे दिए गए फोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और 0 दबाने का संकेत मिलने तक संवाद की प्रतीक्षा कर सकते हैं। जब कोई एजेंट उत्तर दे, तो वह भाषा बताएं जिसकी आपको आवश्यकता है और आपको दुमांचिया से जोड़ा जाएगा।

Leruoanya (Igbo): ókwà a nwere ozi banyéré mkpuchi megide ihe mberede gi. O nwere ike inwe ụbochị ndi dj óké ríkpà ma o nwekwara ike idị mkpa ka imee ihe tupu oge ụfodụ agafee. Inwere ikike inweta ozi a ya na enyemaka na asusụ gi n'akwughị ụgwó ọbụla. Ndi ọtù ga akpọ ọnwogugu ekwenti dj na àzú káàdị njirimara ndi ọtù ha. Ndi ọzó nile nwere ike jkpọ 855-258-6518 ma chere geruo mkparjta ụka ruo mgbe asi ha pịa 0. Mgbe onye ozi zara, kwuo asusụ ichọro, a ga ejikota gi na onye ntughari asusụ.

Attenzione (Italian): Questa informativa contiene informazioni sulla copertura assicurativa. Potrebbe contenere date importanti e potrebbe essere necessario intraprendere azioni entro determinate scadenze. È possibile ottenere queste informazioni e assistenza nella propria lingua gratuitamente. I membri sono pregati di chiamare il numero di telefono riportato sul retro del proprio tesserino di riconoscimento. Tutti gli altri possono chiamare il numero 855-258-6518 e rimanere in linea fino a quando non viene richiesto di premere 0. Quando un operatore risponde, è necessario indicare la lingua desiderata per essere messi in contatto con un interprete.

주의 (Korean): 이 고지에는 귀하의 보험 적용 범위에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 여기에는 주요 날짜가 포함되어 있을 수 있으며, 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 비용 없이 귀하의 언어로 이러한 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원은 회원증 및 면에 있는 전화번호로 전화하시기 바랍니다. 회원이 아닌 모든 분들은 855-258-6518로 전화하여 안내 메시지가 끝날 때까지 기다렸다가 0을 눌러주세요. 상담원이 통화에 응답했을 때, 필요한 언어를 말씀하시면 통역사와 연결됩니다.

Baa'ákoninízin (Navajo): Dii bee il hane'i béeso nich'ééh naa'nil bee nik'é'asti'i bódahólníihgo bee baa dahane'i biyi'. Dayoolkáli dóó bee ida'ii aahi háidii shíjí t'áá bich'í ji' ha'át'íishíjí ádadiiliitigíi biyi'. Dii bee baa dahane'i dóó t'áá jiik'eh nizaad bee nika'e' eyeedgo bee ná'ahoot'i'. Bił hada'dít'éhi binaaltsoos nitl'izhí bee béédahózini bąąh béésh bee hane'i námboo biká'igii yee dahalne' dooleel. Nááná la' 855-258-6518 yee dahalne' dóó yálti'i biba' asdáago niléi ó bił adilchiid hodoo'niidji'. Naalnishi haadzíjí'go, saad ninizinígií bee bił hodiilnih dóó ata' yálti'i bich'í ni'doolnih.

ध्यान दिनुहोस (Nepali): यस सूचनामा तपाईंको बीमा कभरेजका बारेमा जानकारी समावेश छ। यसमा प्रमुख मितिहरू हुन सक्छन् र तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही गर्नुपर्ने हुन सक्छ। तपाईंलाई यो जानकारी र सहयोग तपाईंको भाषामा निःशुल्क प्राप्त गर्ने अधिकार छ। सदस्यहरूले आपनो सदस्य परिचयपत्रको पछाडि रहेको फोन नम्बरमा कल गर्नुपर्छ। अरु सबैले 855-258-6518 मा कल गर्न सक्छन् ० पुरुष गर्ने प्रेरित नम्बरसम्म संवादको प्रतीक्षा गर्न सक्छन्। एजेन्टले जयाक दिँदा, तपाईंलाई चाहिने भाषा बताउनुहोस् र तपाईंलाई दोभाषेसँग जोडिने छ।

Atenção (Portuguese): Este aviso contém informações sobre a cobertura do seu seguro. Ele pode conter datas importantes e você pode precisar tomar medidas dentro de determinados prazos. Você tem o direito de obter essas informações e assistência em seu idioma, sem nenhum custo. Os associados deverão ligar para o número de telefone indicado no verso do seu cartão de identificação de associado. Todos os outros podem ligar para 855-258-6518 e aguardar a mensagem até que seja solicitado a pressionar 0. Quando um agente atender, indique o idioma que você precisa e você será conectado a um intérprete.

Внимание (Russian): В настоящем уведомлении содержится информация о вашем страховом покрытии. Оно может содержать ключевые даты, и вам может потребоваться предпринять действия к определенным срокам. Вы имеете право получать эту информацию и помочь на своем языке бесплатно. Членам профсоюза следует звонить по номеру телефона, указанному на обратной стороне их удостоверения личности. Все остальные могут звонить по номеру 855-258-6518 и дождаться диалога, пока не появится предложение нажать 0. Когда агент ответит, назовите нужный вам язык, и вас соединят с переводчиком.

Fa'afolo (Samoan): O lelei fa'aaliga o lo'o iai fa'amatalaga i vaega e kava e lau inisiua. E ono aofia ai aso taua ma atonu e te mana'omia ai le faia o se gaioiga i nisi taimi fa'agata. E iai lau aia tatau e maua ai nei fa'amatalaga ma fesoasoani i lau gagana e aunoa ma se totogi. E tatau i sui auai ona vili le numera o le telefoni i tua o le latou pepa faamaonia. O isi uma e mafai ona vala'au i le 855-258-6518 ma fa'atali i le talanoaga se'ia fa'atoluina e oomi le 0. A tali mai se so'o upu, fa'ailoa atu le gagana e te mana'omia ona fa'afeso'ota'i lea o oc i se tagata fa'aliliu.

Pažnja (Serbian): Ovo obaveštenje sadrži informacije o vašem osiguranju. Može sadržati ključne datume i možda ćeće morati da preduzmete akciju do određenih rokova. Imate prava da dobijete ove informacije i pomoći na vašem jeziku besplatno. Trebalo bi da članovi nazovu telefonski broj na poledini svoje članske legitimacije. Svi ostali mogu pozvati 855-258-6518 i sačekati automat dok ne dobiju obaveštenje da pritisnu taster "0". Kada se agent javi, navedite jezik koji vam je potreban i bićeće povezani s prevođiocem

Atención (Spanish): Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Puede contener fechas clave y es posible que deba tomar medidas antes de determinadas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin coste alguno. Los afiliados deben llamar al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar el diálogo hasta que se les solicite presionar 0. Cuando un agente responda, indique el idioma que necesita y se conectará con un intérprete.

Atensyon (Tagalog): Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa saklaw ng iyong insurance. Maaaring naglalaman ito ng mga mahahalagang petsa at maaaring kailanganin mong kumilos ayon sa ilang partikular na mga deadline. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong wika nang walang bayad. Ang mga miyembro ay dapat tumawag sa numero ng telepono sa likod ng kanilang member identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa masabihan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin ang wikang kailangan mo at ikaw ay ikokonek sa isang tagapagsalin.

توجہ (Urdu): اس نوٹس میں اپ کی الشورنس کو رج کیے ہارے میں معلومات شامل ہیں۔ اس میں کلیدی تاریخوں شامل ہیں۔ اس میں اپ کی سکنی ہیں اور اپ کو کچھ اخیری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑے سکتی ہیں۔ اپ کو یہ معلومات اور مدد اپنی زبان میں، بغیر کسی قیمت کے حاصل کرنے کا حق ہے۔ میران کو اپنے رکنیتی کارڈ کی پشت پر دنے گئے فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ باقی تمام لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دنائے کا اشارہ ملئے تک ٹائیلگ پر انتظار کرنا چاہیے۔ جب کوئی ایجنت جواب دیتا ہے تو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور اپ کا رابطہ ایک مترجم سے کر دیا جائے گا۔

Lưu ý (Vietnamese): Thông báo này có chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn. Nó có thể chứa các ngày quan trọng và bạn có thể cần phải hành động theo thời hạn nhất định. Bạn có quyền nhận thông tin và hỗ trợ này bằng ngôn ngữ của mình mà không mất phí. Các thành viên nên gọi đến số điện thoại ở mặt sau thẻ thành viên của mình. Những người khác có thể gọi đến số 855-258-6518 và chờ qua hội thoại cho đến khi được nhắc nhở số 0. Khi có nhân viên trả lời, hãy nêu ngôn ngữ bạn cần và bạn sẽ được kết nối với phiên dịch viên.

**Se ha dejado en blanco intencionalmente**



El programa Healthy Rewards se ofrece sin costo a todos los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Para obtener ayuda para programar un examen de detección o una prueba, o si tiene preguntas sobre el programa, llame a un representante de Servicios para Miembros para obtener ayuda.



La tarjeta prepaga Benefits de Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la FDIC, de conformidad con una licencia de Mastercard International Incorporated. Mastercard es una marca comercial registrada, y el diseño de círculos es una marca comercial registrada de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede usar para gastos elegibles donde se acepte Mastercard. Esta es una tarjeta de beneficios que solo se puede utilizar en determinados comercios de Mastercard que participan en este programa y se autorizará para compras calificadas según se establece en su Acuerdo de titular de la tarjeta. Válida solo en EE. UU. No hay acceso a efectivo. Algunos de estos materiales pueden estar disponibles en otros idiomas a pedido. Esta no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Ha recibido esta tarjeta como gratificación sin el pago de ningún valor monetario o contraprestación.

NationsOTC no es un producto ni servicio de The Bancorp Bank, N.A. o Mastercard. The Bancorp Bank, N.A. es el emisor de la tarjeta únicamente y no es responsable por otros productos, información o recomendaciones que se proporcionan en este sitio. Visite [CareFirst.NationsBenefits.com](http://CareFirst.NationsBenefits.com) para obtener más información.

©2024 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es una marca comercial registrada de NationsBenefits, LLC. Las demás marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO (Organización de Proveedores Preferidos, Preferred Provider Organization) con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 and Blue Shield.