



2026

Resumen de beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage
DualPrime (HMO-SNP)

H8854-002

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

- Llame al Servicios para Miembros al 1-844-386-6762 (TTY:711)
- 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

www.carefirst.com/mddsnp

Resumen de beneficios 2026

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios proporcionada no menciona cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener la lista completa de servicios que cubrimos, consulte el documento "Evidencia de Cobertura" o consiga una copia en línea en www.carefirstmddsnp.com.

Este plan tiene un Directorio de proveedores para todos los proveedores de la red al que se puede acceder a través de www.carefirst.com/mddsnp.

¿Quién es elegible nuestro plan DualPrime?

Para unirse a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en Medicare Part B, tener asistencia médica del estado de Maryland, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye a todo el estado de Maryland.

Para ser elegible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, los beneficiarios deben estar en una de estas categorías de Medicaid: Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB). La comprensión de sus opciones de beneficios de Medicare está disponible a través de Medicare Original, que está administrada por el gobierno federal. Otra opción es inscribirse en los beneficios de Medicare a través de un plan de salud de Medicare Advantage como CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. La herramienta "Plan Finder" (Buscador de planes) de Medicare está disponible en medicare.gov. Además, puede consultar el manual "Medicare y Usted" gratis en el mismo sitio web. Los manuales impresos están disponibles según pedido, para solicitar una copia llamando 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 711.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille o letra grande.

Excepto en situaciones de emergencia, si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Farmacia

Por lo general, debe usar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Puede ver el directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web (www.carefirst.com/mddsnp). O, llámenos y le enviaremos una copia del directorio de farmacias.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información, comuníquese con nosotros al 1-844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos al www.carefirst.com/mddsnp.

Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	
Prima mensual del plan	\$0
Deductible	\$0
Responsabilidad del monto máximo de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$8,850
Cobertura de hospitalización	
Cobertura de hospitalización cubierta por Medicare¹	Usted paga \$0 por los días 1 a 90
Cobertura de hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare¹	\$0 de copago
Cobertura de hospitalización para paciente ambulatorio	
Cobertura de hospitalización para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida cirugía¹	\$0 de copago
Servicios de observación en hospitalización para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare¹	\$0 de copago
Centro de cirugía ambulatoria (ASC) cubierto por Medicare¹	\$0 de copago
Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	
Proveedores de atención primaria (PCP) cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Servicios de especialistas cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención preventiva cubierta por Medicare	\$0 de copago

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	
Atención de emergencia cubierta por Medicare	\$0 de copago
Servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes	
Procedimientos y pruebas cubiertos por Medicare^{1,2}	\$0 de copago
Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare^{1,2}	\$0 de copago
Servicios de diagnóstico por imágenes (p. ej., CT, MRI) cubiertos por Medicare¹	\$0 de copago
Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare¹	\$0 de copago
Radiografías cubiertas por Medicare	\$0 de copago
Servicios de audición	
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare	\$0 de copago
Exámenes de audición de rutina	\$0 de copago
Audífonos	Nuestro plan paga hasta \$1,950 cada 3 años para audífonos
Servicios dentales	
Atención dental integral cubierta por Medicare	\$0 de copago

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	
Atención dental preventiva	\$0 de copago
Cobertura dental integral adicional Se puede requerir una revisión médica para los servicios dentales no preventivos.	\$0 de copago y \$3,000 de asignación anual para los siguientes servicios (el miembro es responsable de cualquier costo que exceda la asignación): <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicios de restauración: 1 por diente, una vez cada 24 meses ■ Endodoncia: 1 de por vida, por paciente, por diente ■ Coronas: una vez por diente por 60 meses ■ Extracciones simples ■ Periodoncia: 1 por cuadrante de alisado radicular cada 36 meses ■ Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses
Cobertura de dentadura postiza	\$0 de copago por los siguientes servicios (No se aplica a la asignación por servicios dentales integrales): <ul style="list-style-type: none"> ■ Prótesis dental superior, inferior, parcial o cualquier combinación ■ Prótesis dentales una vez cada 60 meses ■ Reparaciones de prótesis dentales: una vez cada 12 meses ■ Rebasado de prótesis dentales cada 36 meses ■ Ajustes de prótesis dentales: 2 cada 12 meses
Servicios de la visión	
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo cubierto por Medicare	\$0 de copago
Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto, posterior a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Examen de ojo diabético cubierto por Medicare	\$0 de copago
Examen de la vista de rutina	\$0 de copago una vez por año

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	
Asignación para artículos para la visión	\$150 de asignación anual para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos cada año. Los accesorios para lentes de contacto corneales están cubiertos sin costo.
Servicios de salud mental	
Visitas individuales al consultorio cubiertas por Medicare	\$0 de copago
Visitas colectivas al consultorio cubiertas por Medicare	\$0 de copago
Otros beneficios y servicios médicos	
Centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare¹	\$0 para los días 1 a 100
Fisioterapia cubierta por Medicare¹	\$0 de copago
Servicio de ambulancia por tierra cubierto por Medicare³	\$0 de copago
Servicio de ambulancia por aire cubierto por Medicare³	\$0 de copago
Transporte de rutina	\$0 de copago por 54 viajes de un solo tramo
Medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare¹ <i>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar la categoría de costos compartidos en que se encuentre.</i>	\$0 de copago

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

¹ Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.

² La mayoría de los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización previa.

³ Puede requerirse autorización previa para los servicios que no son de emergencia.

Resumen de beneficios 2026

Beneficios de medicamentos recetados	Para aquellos que reúnen los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" (Extra Help)
Deductible anual para medicamentos recetados	No se aplica el deducible.
Etapa de cobertura inicial	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año a la fecha alcanzan \$2,100. Luego pasa a la Etapa de en caso de catástrofe.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Usted paga por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0 de copago/\$1.60 de copago/\$5.10 de copago (según su nivel de "Ayuda Adicional" [Extra Help])■ Para el resto de los medicamentos: \$0 de copago/\$4.90 de copago/\$12.65 de copago (según su nivel de "Ayuda Adicional" [Extra Help])■ Usted paga \$0 por cualquier medicamento en nuestro formulario (lista de medicamentos) en la Categoría 1 Genérico preferido o la Categoría 2 Genérico.
Cobertura en caso de catástrofe	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Cobertura para residente en un centro de atención a largo plazo	Si vive en un centro de atención a largo plazo y obtiene sus medicamentos de la farmacia, paga los mismos copagos que una receta de farmacia minorista de 30 días.

Parte D

Beneficios de medicamentos recetados	Para aquellos que ya no califican para "Ayuda Adicional" (Extra Help)
Deductible anual para medicamentos recetados	El deducible de medicamentos recetados será de \$615 para los Niveles 3, 4 y 5.
Etapa de cobertura inicial (Venta al por menor, por correo, a largo plazo y fuera de la red)	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo y usted paga su copago o coseguro. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año a la fecha alcanzan \$2,100. Luego pasa a la Etapa catastrófica.
Cobertura en caso de catástrofe	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Resumen de beneficios 2026

Beneficios de medicamentos recetados	Etapa de cobertura inicial	
Categoría	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (suministro de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo (suministro de 30 días)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 - Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 5 - Medicamentos especializados	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (suministro de 60 días)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo (suministro de 60 días)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 - Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro

Resumen de beneficios 2026

Beneficios de medicamentos recetados	Etapa de cobertura inicial	
Categoría	(suministro de 90 días)	(suministro de 90 días)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 - Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro

Beneficios adicionales	
Examen físico anual	\$0 de copago
Equipo médico duradero cubierto por Medicare (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)¹	\$0 de copago
Dispositivos protésicos cubiertos por Medicare (p. ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)¹	\$0 de copago
Acondicionamiento físico (SilverSneakers)	\$0 de copago
Comidas con terapia nutricional	Los miembros con EPOC, CHF, diabetes o ESRD recibirán una evaluación de terapia médica nutricional y 3 sesiones de asesoría de seguimiento y definición de objetivos por período de beneficios.
Prevención de readmisiones	Los miembros que sean dados de alta de una hospitalización pagan \$0 de copago por 14 comidas por período de 1 semana. Limitado a 8 períodos de beneficio por año.
Comidas para enfermos crónicos	Los miembros que tengan EPOC, insuficiencia cardíaca crónica (CHF), diabetes o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) recibirán 14 comidas por semana; 12 semanas consecutivas de comidas. Los miembros también recibirán

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Resumen de beneficios 2026

Beneficios adicionales	
	hasta 4 sesiones de terapia de nutrición médica. Limitado a 4 períodos de beneficio por año.
Sistema de respuesta ante emergencia personal (PERS)	\$0 de copago por dispositivo PERS (sistema de respuesta ante emergencias personal) si tiene una discapacidad o afección crónica como EPOC, CHF, diabetes o ESRD.
Atención de los pies de rutina	\$0 de copago por cada visita. 4 visitas por año
Beneficio Flex (artículos de venta libre, alimentos, servicios públicos y alquiler)	<p>\$130 de asignación mensual. Los miembros que tengan alguna de las afecciones que califican enumeradas a continuación pueden usar la totalidad o una parte de la asignación mensual para pedidos por correo de artículos de venta libre (OTC) o usar una tarjeta prepagada de atención médica para comprar comestibles o pagar la renta o los servicios públicos. Acumulable de un mes al siguiente, pero no de un año al siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) ■ Trastornos autoinmunes, ■ Cáncer, ■ Trastornos cardiovasculares ■ Insuficiencia cardíaca crónica ■ Demencia ■ Diabetes mellitus ■ Sobre peso, obesidad y síndrome metabólico ■ Enfermedad gastrointestinal crónica ■ Enfermedad renal crónica (CKD) ■ Trastornos hematológicos graves ■ VIH/SIDA ■ Trastornos pulmonares crónicos ■ Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes ■ Trastornos neurológicos ■ Accidente cerebrovascular ■ Postrasplante de órganos ■ Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores ■ Afecciones relacionadas con deficiencias cognitivas ■ Afecciones con desafíos funcionales ■ Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Resumen de beneficios 2026

Beneficios adicionales	
	<ul style="list-style-type: none">■ Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan su funcionalidad■ Bajo peso crónico
Dispositivos de seguridad en el baño y en el hogar	\$0 de copago para 2 dispositivos de seguridad para el baño y el hogar pedidos a través del catálogo del plan.

Si la prima o ayuda con los costos compartidos de Medicare según su condición de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar la prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

- 1 *Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.*
- 2 *La mayoría de los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización previa.*
- 3 *Puede requerirse autorización previa para los servicios que no son de emergencia.*

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Beneficios y costos compartidos

Elegibilidad

El plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) está disponible para beneficiarios tanto de Medicare Part A como de Medicare Part B y para quienes reciban asistencia médica del programa estatal Medicaid para cubrir los costos compartidos de Medicare.

Los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime con Doble Elegibilidad para Beneficios Completos (FBDE) y que sean Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) están cubiertos por el programa estatal Medicaid para los costos compartidos de Medicare.

Costos compartidos y protección para miembros

En el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, el programa estatal Medicaid paga los costos compartidos por los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted recibe. Usted no paga costos compartidos por los beneficios cubiertos por Medicare descritos en la sección Beneficios hospitalarios y médicos cubiertos de este Resumen de beneficios. Pagará copagos reducidos por medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados de Medicare Part D. Estos pagos mínimos solo se aplican siempre que usted reciba "Ayuda Adicional" (Extra Help). Cuando reciba servicios de atención médica cubiertos, el proveedor de la red debe facturar primero a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime y segundo a Maryland Medical Assistance. Los proveedores de la red no tienen permitido facturarle el saldo por los servicios cubiertos tanto por CareFirst BlueCross

BlueShield Advantage DualPrime como por Medicaid.

Si recibió servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red puede que este proveedor no comprenda estas normas de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime o de facturación. Si recibe una factura de un proveedor por servicios cubiertos de Medicare, informe a Servicios para Miembros para que podamos ayudarle. Consulte el Capítulo 7, "Cómo solicitarnos que paguemos la parte de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos" de su Evidencia de Cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime para obtener más información.

Los beneficios que se describen en la siguiente página están cubiertos por Medicaid. Puede consultar lo que cubre el Maryland Department of Health y lo que cubre nuestro plan. Si se utiliza un beneficio en su totalidad o no cubierto por Medicare, entonces Medicaid puede proporcionarle cobertura. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid. La cobertura de los beneficios que se describen a continuación depende del nivel de elegibilidad de Medicaid. Independientemente del nivel de elegibilidad de Medicaid que tenga, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubrirá los beneficios descritos en las secciones anteriores del Resumen de beneficios. Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad de Medicaid o de los beneficios a los que tiene derecho, llame al Maryland Department of Health al 1-855-642-8572. Medicaid puede pagar su monto de costos compartidos de Medicare, pero dependerá del nivel de elegibilidad de Medicaid. Si Medicare Original no cubre un servicio o el beneficio se agotó, Medicaid puede ayudarle, pero es posible que usted deba pagar una parte del costo.

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Programa de beneficios Maryland Medical Assistance (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Servicios de ambulancia	Solo de emergencia	Cubierto
Centro de cirugía ambulatoria	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Cubierto	Cubierto
Visitas al médico	Cubierto	Cubierto
Servicios de atención médica a domicilio	Cubierto	Cubierto
Servicios de cuidados paliativos	Cubierto	Cubierto por Medicare Original; no cubierto por el plan.
Cobertura de hospitalización	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Servicios requeridos urgentemente	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental	Cubierto	Cubierto
Cobertura de hospitalización para paciente ambulatorio	Cubierto	Cubierto
Servicios de podiatría (atención de los pies)	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Atención en centro de enfermería especializada (SNF):	Cubierto	Cubierto con límites por días por período de beneficio.
Transporte de rutina	Cubierto con límites	Cubierto con límites

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Servicios de la visión	Cubierto	Cubierto
Programa de salud y bienestar	No cubierto	Cubierto
Comidas con terapia nutricional médica	No cubierto	Cubierto
Telesalud	Cubierto con límites	Cubierto
Sistema personal de respuesta ante emergencia	Cubierto con límites	Cubierto



COMUNÍQUESE CON NOSOTROS:



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid del estado de Maryland. 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 DSNP, Inc., 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 planes Blue Cross and Blue Shield independientes.