

# CareFirst

---

## Medicare Advantage

2024

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Vigente del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., que es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

BLUE CROSS<sup>®</sup>, BLUE SHIELD<sup>®</sup> 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\_H8854\_002\_MA01561\_M\_SPN

# CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) ofrecido por CareFirst Advantage DSNP, Inc (que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage)

## Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 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 [www.carefirstmddsnp.com](http://www.carefirstmddsnp.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

---

### ¿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 los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Considere si nuestro plan le satisface.

#### 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que se encuentra en el reverso de la guía *Medicare y usted 2024*.
- 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 al 7 de diciembre de 2023 no se ha inscrito en otro plan, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Puede **cambiarse a unplan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Consulte la página 12 de la sección 3 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una o acaba de mudarse de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número de teléfono gratuito 844-386-6762. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 8am-8pm EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime**

- CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con Medicaid del Estado de Maryland. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.
- En este documento, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa CareFirst Advantage DSNP, Inc. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

## ***Aviso anual de cambios para 2024*** **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	9
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>12</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime .....	12
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	12
<b>SECCIÓN 4 Cambio de plan .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y     Medicaid .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>15</b>
Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime ....	15
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare .....	16
Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid .....	17

## Resumen de los costos importantes para 2024

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2023 con los costos del año 2024 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$39.20	\$28.20
* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener detalles.		
<b>Deducible</b>	\$226 Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.	\$226, excepto para la insulina suministrada a través de un componente de equipo médico duradero. Estos son montos de costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicaid, usted paga \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: Coseguro del 20% por visita. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicaid, usted paga \$0 por visita.

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Visitas a un especialista: Coseguro del 20% por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas a un especialista: Coseguro del 20% por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
<b>Hospitalizaciones</b>	<p>Días del 1 al 60: Deducible de \$1,600.</p> <p>Días del 61 al 90: \$400 por día.</p> <p>Días del 91 al 150: \$800 por "Día de reserva de por vida".</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>	<p>Días del 1 al 60: Deducible de \$1,600.</p> <p>Días del 61 al 90: \$400 por día.</p> <p>Días del 91 al 150: \$800 por "Día de reserva de por vida".</p> <p>Estos son montos de costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la sección 1.5 para obtener información).</p>	<p>Deducible: \$505, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Si es elegible para la "Ayuda adicional" (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</p> <p>Etapas de cobertura inicial: Si es elegible para la "Ayuda adicional" (Extra</p>	<p>Deducible: \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Si es elegible para la "Ayuda adicional" (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</p> <p>Etapas de cobertura inicial: Si es elegible para la "Ayuda adicional" (Extra</p>

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Help) de Medicare, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial es: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.45 o \$4.15. Por todos los demás medicamentos, usted paga: copago de \$0, \$4.30 o \$10.35 copay.</p> <p>Si no es elegible para la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, su coseguro en la Etapa de cobertura inicial es: 25% del costo por receta.</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible.</p> <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> </ul>	<p>Help) de Medicare, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial es: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: copago de \$0, \$1.55 o \$4.50. Por todos los demás medicamentos, usted paga: copago de \$0, \$4.60 o \$11.20 copay.</p> <p>Si no es elegible para la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, su coseguro en la Etapa de cobertura inicial es: 25% del costo por receta.</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible.</p> <p>Cobertura en caso de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>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 1.2 para obtener información).</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el</p>

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.	monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 –Cambios en la prima mensual

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$39.20	\$28.20
(Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).		

### Sección 1.2 –Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	\$8,300	\$8,850
<b>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, son muy pocos los que alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</b>		Una vez que haya pagado \$8,850 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará
Si es elegible para la asistencia de Medicaid con copagos y deducibles de la		



Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>		<p>nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.</p>

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.carefirstmddsnp.com](http://www.carefirstmddsnp.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o solicitarnos que le enviemos un directorio de farmacias por correo postal, que le enviaremos en un plazo de tres días laborables.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores de 2024 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 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 un cambio que realizamos en nuestros proveedores a mitad de año le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

### Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costos	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Aumento de la asignación Flex</b>	\$90 mensuales	\$100 mensuales
<b>Aumento de la asignación para audífonos</b>	Asignación de \$1,350 cada 3 años	Asignación de \$1,950 cada 3 años
<b>Cambio en la afección que da derecho a la prestación Flex</b>	Discapacidad física	Discapacidad física crónica
<b>Aumento del máximo de prestaciones dentales completas</b>	Máximo anual de \$2,000 para prestaciones dentales completas	Máximo anual de \$3,000 para prestaciones dentales completas

## Sección 1.5 – 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.

Hemos hecho cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, o el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá restricciones.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos que la FDA considere inseguros o que un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos

de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. **Nota:** Si está inscrito en un programa que lo 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.** Incluimos 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.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información a continuación muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y los viajes.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>Si es elegible para la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Si es elegible para la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</p>

### Cambios en la distribución de costos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></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>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila 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. Para obtener información sobre los costos, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica dependiendo del nivel de “Ayuda Extra” [Extra Help]) que reciba.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica dependiendo del nivel de “Ayuda Extra” [Extra Help]) que reciba.</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,400 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>Paga \$0, \$1.55 o \$4.50 por receta médica dependiendo del nivel de “Ayuda Extra” [Extra Help]) que reciba.</p> <p>No pagará nunca más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de “Ayuda Extra” [Extra Help]) que reciba.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Paga \$0, \$4.60 o \$11.20 por receta médica dependiendo del nivel de “Ayuda Extra” [Extra Help]) que reciba.</p> <p>Una vez que haya pagado \$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>

**Cambios en la Etapa sin cobertura y en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, son para personas con costos de medicamentos muy altos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa sin cobertura ni la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Autorización previa, terapia escalonada y lista de medicamentos de la Parte B	La autorización previa, la terapia escalonada y la lista de medicamentos de la Parte B pueden cambiar a lo largo del año, consulte <a href="https://www.carefirstmddsnp.com/PartB">https://www.carefirstmddsnp.com/PartB</a> para estar al día durante todo el año.	La autorización previa, la terapia escalonada y la lista de medicamentos de la Parte B pueden cambiar a lo largo del año, consulte <a href="https://www.carefirstmddsnp.com/PartB">https://www.carefirstmddsnp.com/PartB</a> para estar al día durante todo el año.

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

**Para continuar en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse de plan para el año 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- 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.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea la guía *Medicare y Usted 2024*, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte la sección 5, o llame a Medicare [consulte la sección 7.2]).

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para  **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Para  **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Para  **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede hacer lo siguiente:
  - Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros 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 anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

## SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si usted desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

### ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer el cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros períodos del año. Los ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejarán de tener cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene Maryland Medical Assistance (Medicaid), es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes

#### Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una o acaba de salir de ahí (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

## **SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program 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 llamar a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o al número de teléfono gratuito 800-243-3425. Para obtener más información sobre State Health Insurance Assistance Program, visite su sitio web (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Maryland Medical Assistance (Medicaid), comuníquese con Maryland Medical Assistance (Medicaid) al 410-767-5800 o al número de teléfono gratuito 800-456-8900 (TTY 711), de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 5 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Maryland Medical Assistance (Medicaid).

## **SECCIÓN 6 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.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional” (Extra Help), también conocida como Subsidio por bajos ingresos. “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga algunas primas por medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Como usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre “Ayuda Adicional” (Extra Help), llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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 (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Maryland tiene un programa denominado Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de Estado, la condición de enfermo de HIV, bajos ingresos según lo defina el Estado, y que presente estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 410-767-6535 o al número de teléfono gratuito 800-205-6308.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número de teléfono gratuito 844-386-6762. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 8am-8pm EST, los 7 días de la semana del 1 octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, del 1 abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.



## **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2024 (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 el 2024. Para obtener más información, revise la *Evidencia de cobertura* de 2024 de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. 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.carefirstmddsnp.com](http://www.carefirstmddsnp.com). 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 [www.carefirstmddsnp.com](http://www.carefirstmddsnp.com). No olvide que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de medicamentos”)*.

---

## **Sección 7.2 – 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](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

### **Lea *Medicare y Usted 2024***

Lea la guía *Medicare y Usted 2024*. 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### **Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Maryland Medical Assistance (Medicaid) al 410-767-5800 o al número de teléfono gratuito 800-456-8900. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.