

# Resumen de Beneficios 2024

## CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage DualPrime (HMO-SNP)

### Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

#### HORARIO DE ATENCIÓN

- Llame al 1-844-331-6334 (TTY: 711)
- 1 de octubre al 31 de marzo  
De 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este,  
los 7 días de la semana
- 1 de abril al 30 de septiembre  
De 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes

[carefirst.com/mddsnp](https://carefirst.com/mddsnp)

# Resumen de Beneficios 2024

## CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

### CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) H8854, Plan 002

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO SNP) desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con Medicaid del Estado de Maryland. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime depende de la renovación de su contrato.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de Cobertura".

Para afiliarse a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare,

tener asistencia médica del Estado de Maryland y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye todo el Estado de Maryland.

Para ser elegible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, los beneficiarios deben tener un nivel de Medicaid de Beneficio Completo Doblemente Elegible (FBDE, por sus siglas en inglés) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés).

Excepto en situaciones de emergencia, si recurre a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos esos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

### ¿Necesita más información?

Para obtener más información, llámenos al 1-844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en [carefirst.com/mddsnp](http://carefirst.com/mddsnp).

## Resumen de Beneficios 2024

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)</b>
<b>Prima Mensual del Plan</b>	\$0-\$28.20 (según su nivel de Ayuda Extra)
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad Máxima de Gastos de Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b>	\$0 anualmente por servicios cubiertos por Medicare de proveedores adheridos a la red.
<b>Cobertura Hospitalaria*</b>	Paga un copago de \$0 por los días 1 a 90.
<b>Cobertura Hospitalaria Ambulatoria*</b>	
Hospital ambulatorio, incluida la cirugía	Paga un copago de \$0 por cada visita de un paciente ambulatorio al hospital cubierta por Medicare.
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Paga un copago de \$0 por cada servicio de observación de un paciente ambulatorio cubierta por Medicare.
<b>Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)*</b>	Paga un copago de \$0 por cada visita a un ASC cubierta por Medicare.
<b>Visitas a Médicos (proveedores de atención primaria y especialistas)</b>	
Proveedores de Atención Primaria (PCP)	Paga un copago de \$0 por cada visita de un PCP cubierta por Medicare.
Especialista	Paga un copago de \$0 por cada visita a especialistas cubierta por Medicare.
<b>Cuidados Preventivos</b>	Nuestro plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo alguno. Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año de contrato.
<b>Atención de Emergencia</b>	Paga un copago de \$0 por cada visita de atención de emergencia cubierta por Medicare.
<b>Servicios de Urgencia</b>	Paga un copago de \$0 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.

*Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo, Doble Elegibilidad (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar una prima mensual y se aplicarán todos los deducibles de Medicare, los costos máximos de bolsillo y el costo compartido.*

## Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
<b>Servicios de Diagnóstico*</b>	
Pruebas y Procedimientos	Paga un copago de \$0 por cada procedimiento y prueba cubiertos por Medicare.
Servicios de laboratorio	Paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, tomografía computarizada y resonancia magnética)	Paga un copago de \$0 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.
Servicios de Radiología Terapéutica	Paga un copago de \$0 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.
Radiografías	Paga un copago de \$0 por cada radiografía cubierta por Medicare.
<b>Servicios de Audición</b>	
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	Paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Exámenes de audición de rutina	Paga un copago de \$0 por un examen anual de audición de rutina. Paga un copago de \$0 por un servicio de ajuste y evaluación de audífonos por año (incluidas hasta 3 visitas de seguimiento al año).
Audífonos	Nuestro plan paga hasta \$1,950 cada 3 años por audífonos.
<b>Servicios Dentales</b>	
Integral	Paga un copago de \$0 por los servicios dentales cubiertos por Medicare.
Preventivo	Copago de \$0 por los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Examen y limpieza bucal: cada 6 meses</li> <li>■ Examen oral exhaustivo: cada 36 meses</li> <li>■ Tratamiento con flúor: cada 6 meses</li> <li>■ Tratamiento paliativo: 3 cada 12 meses</li> <li>■ Radiografía de aleta de mordida: una vez cada 12 meses</li> <li>■ Radiografía panorámica: una vez cada 36 meses</li> <li>■ Radiografía vertical de aleta de mordida: una vez cada 36 meses</li> <li>■ Imágenes intraorales: una vez cada 36 meses</li> </ul>

*Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo, Doble Elegibilidad (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar una prima mensual y se aplicarán todos los deducibles de Medicare, los costos máximos de bolsillo y el costo compartido.*

## Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Cobertura integral adicional	Copago de \$0 y gasto cubierto anual de \$3,000 para los siguientes servicios (el afiliado es responsable de todos los costos que excedan al gasto cubierto): <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Servicios de restauración: 1 por diente una vez cada 24 meses</li> <li>■ Endodoncia: 1 por vida, por paciente, por diente</li> <li>■ Coronas: una por diente cada 60 meses</li> <li>■ Extracciones sencillas</li> <li>■ Periodoncia: 1 por cuadrante de descamación cada 36 meses</li> <li>■ Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses</li> <li>■ Reparación de prótesis dentales: una vez cada 12 meses</li> <li>■ Revestimiento/rebase de prótesis dentales: una vez cada 36 meses</li> <li>■ Ajustes de la prótesis dental: 2 cada 12 meses</li> </ul>
Cobertura de la Prótesis Dental	Copago de \$0 por los siguientes servicios (No aplica al gasto cubierto dental integral): <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Superior, inferior, parcial o cualquier combinación de prótesis dentales</li> <li>■ Prótesis dentales postizas una vez cada 60 meses</li> </ul>
<b>Servicios Oftalmológicos</b>	
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo	Paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Examen preventivo de glaucoma	Paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	Paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Examen de la vista diabético	Paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Examen de rutina de la vista	Paga un copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina (1 examen por año).
Gastos cubiertos de lentes y accesorios	Nuestro plan ofrece un gasto cubierto anual de \$150 para lentes y accesorios, incluye lentes de contacto, monturas de anteojos y lentes.

*Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo, Doble Elegibilidad (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar una prima mensual y se aplicarán todos los deducibles de Medicare, los costos máximos de bolsillo y el costo compartido.*

## Resumen de Beneficios 2024

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
<b>Servicios de Salud Mental*</b>	
Pacientes internados	Paga un copago de \$0 por cada servicio de salud mental para pacientes internados cubierto por Medicare.
Paciente ambulatorio	Paga un copago de \$0 por cada servicio de salud mental de un paciente ambulatorio cubierto por Medicare.
<b>Centro de cuidados especializados (SNF)*</b>	Paga un copago de \$0 por los días 1-100.
<b>Fisioterapia*</b>	Paga un copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación de un paciente ambulatorio cubierto por Medicare.
<b>Ambulancia*</b>	Paga un copago de \$0 por los servicios de ambulancia.
<b>Transporte de Rutina</b>	Paga un copago de \$0 por 24 viajes de ida por año a un centro de atención médica.
<b>Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare*</b>	Paga un copago de \$0 por los medicamentos de la Parte B.

*Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo, Doble Elegibilidad (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar una prima mensual y se aplicarán todos los deducibles de Medicare, los costos máximos de bolsillo y el costo compartido.*

*\*Es posible que se requiera autorización previa*

## Parte D

Primas y Beneficios	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
<b>Deducible (si aplica)</b>	Sin deducible
<b>Periodo de cobertura inicial (suministro de 30 y 90 días disponible al por menor o por correo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos): copago de \$0/copago de \$1.55/copago de \$4.50 (según su nivel de Ayuda Extra).</li> <li>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0/copago de \$4.60/copago de \$11.20 (según su nivel de Ayuda Extra)</li> </ul>
<b>Cobertura Catastrófica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Su plan paga todos los costos de los medicamentos genéricos o todos los demás medicamentos.</li> </ul>

*Si ya no califica para la "Ayuda Extra" mientras está inscrito en el plan, lo siguiente no aplicará a usted: no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar que no haya pagado su deducible. También tendrá un costo compartido del 25% del costo total de sus medicamentos recetados de la Parte D y un deducible de medicamentos de \$545.*

## Resumen de Beneficios 2024

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
<b>Comidas</b>	
Comidas con Terapia Nutricional	Los afiliados con EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes o ESRD recibirán una evaluación de terapia médica nutricional y hasta 3 sesiones de orientación y establecimiento de objetivos por período de beneficios.
Prevención de readmisiones	Copago de \$0 por 14 comidas por periodo de 1 semana para afiliados que hayan sido dados de alta de una estadía como paciente internado. Limitado a 8 periodos de beneficios por año.
Comidas para afecciones crónicas	12 semanas consecutivas de comidas para afiliados con EPOC, ICC, diabetes o ERET. Los afiliados también recibirán hasta 4 sesiones de terapia médica nutricional. Limitado a 4 periodos de beneficios por año.
<b>Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día</b>	Paga un copago de \$0 por los servicios que presta la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día.
<b>Beneficio Flexible (medicamentos de venta libre, comestibles, servicios públicos)</b>	<p>Gasto cubierto mensual de \$100 Todos los afiliados pueden usar el gasto cubierto mensual para pedidos por correo de medicamentos de VL o los afiliados con afecciones que califican pueden usar la totalidad o una parte del gasto cubierto mensual para medicamentos de VL, comestibles o servicios públicos. Medicamentos de VL es solo para pedidos por correo, y comestibles y servicios públicos es a través de una tarjeta de débito (proporcionada a los afiliados anualmente). Condiciones de calificación para el beneficio de comestibles y servicios públicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dependencia crónica del alcohol y otras drogas</li> <li>■ Trastornos autoinmunes</li> <li>■ Cáncer</li> <li>■ Trastornos cardiovasculares</li> <li>■ Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>■ Demencia</li> <li>■ Diabetes</li> <li>■ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)</li> <li>■ Trastornos hematológicos graves</li> <li>■ VIH Y SIDA</li> <li>■ Trastornos pulmonares crónicos</li> <li>■ Problemas de salud mental crónicos e incapacitantes</li> <li>■ Trastornos neurológicos</li> <li>■ Accidente cerebrovascular</li> <li>■ Riesgos para la salud del IMC</li> <li>■ Incapacidad física crónica</li> </ul>

*Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo, Doble Elegibilidad (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar una prima mensual y se aplicarán todos los deducibles de Medicare, los costos máximos de bolsillo y el costo compartido.*

## Resumen de Beneficios 2024

Beneficios adicionales	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
<b>Sistema Personal de Respuesta en Caso de Emergencia (PERS)</b>	Dispositivo PERS sin costo si padece una discapacidad o enfermedad crónica, como EPOC, CHF, diabetes o ESRD.
<b>Programa de Recompensas Saludables</b>	Los afiliados pueden recibir tarjetas de recompensa de \$15 por completar determinadas pruebas exploratorias y exámenes preventivos.
<b>Dispositivos de Seguridad para el Hogar y el Baño</b>	Paga un copago de \$0 por 2 dispositivos de seguridad para el hogar y el baño a través del catálogo del plan.
<b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados*</b>	
Equipo Médico Duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	Paga un copago de \$0 por cada DME cubierto por Medicare.
Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	Paga un copago de \$0 por cada prótesis cubierta por Medicare.
<b>Cuidado de los Pies (Servicios de Podología)*</b>	
Exámenes y servicios de los pies	Paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Cuidado de pies de rutina	Paga un copago de \$0 por cada visita de rutina para el cuidado de los pies. Limitado a 4 visitas por año.

*\*Es posible que se requiera autorización previa*

*Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio Completo, Doble Elegibilidad (FBDE) o Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), es posible que tenga que pagar una prima mensual y se aplicarán todos los deducibles de Medicare, los costos máximos de bolsillo y el costo compartido.*

# Declaración de Asistencia de Medicaid de Maryland (Medicaid)

## Beneficios y Costos Compartidos

### Elegibilidad

El plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO SNP) está disponible para los beneficiarios con las Partes A y B de Medicare y que reciben Asistencia Médica del programa estatal Medicaid para cubrir el costo compartido de Medicare.

Los afiliados de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime que son Beneficio Completo Doblemente Elegible (FBDE) y Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) están cubiertos por el programa estatal de Medicaid para su costo compartido de Medicare.

### Costos Compartidos y Protección de Afiliados

En el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, el programa estatal de Medicaid paga el costo compartido de los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted recibe. No paga ningún costo compartido por los beneficios cubiertos por Medicare descritos en la sección de Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos de este Resumen de Beneficios. Pagará pequeños copagos por los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Estos pequeños copagos solo se aplican siempre que reciba "ayuda extra". Cuando recibe servicios de atención médica cubiertos, el proveedor de la red debe facturar primero a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime y luego a la Asistencia Médica de Maryland. Los proveedores de la red no pueden facturarle el saldo de los servicios que están cubiertos tanto por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime como por Medicaid.

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no adheridos a la red, es posible que este no entienda CareFirst BlueCross BlueShield DualPrime o estas normas de facturación. Si recibe una factura de un proveedor por servicios cubiertos por Medicare, notifíquelo al Servicio de Atención al Afiliado para que podamos ayudarlo. Para obtener más información, consulte el capítulo 7, "Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos", de su Evidencia de Cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

Los beneficios descritos en la siguiente página están cubiertos por Medicaid. Puede ver lo que cubre el Departamento de Salud de Maryland y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, entonces Medicaid puede brindar cobertura. Esto depende de su tipo de cobertura de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. No importa cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubrirá los beneficios descritos en las secciones anteriores del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad a Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al Departamento de Salud de Maryland al 1-855-642-8572. Medicaid puede pagar el importe de sus gastos compartidos de Medicare, pero dependerá de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si Original Medicare no cubre un servicio o se ha agotado un beneficio, Medicaid puede ayudarlo, pero es posible que tenga que pagar un costo compartido.

## Beneficios del Programa de Asistencia Médica de Maryland (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
<b>Servicios de ambulancia</b>	Solo emergencias	Cubierto
<b>Centro Quirúrgico Ambulatorio</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios Dentales</b>	Cubierto con límites	Cubierto con límites
<b>Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología y radiografías</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Visitas a Médicos</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios de Atención Médica a Domicilio</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios de Hospicio</b>	Cubierto	Cubierto por Medicare Original; No cubierto por el plan.
<b>Cobertura en Hospitales para Pacientes Internados</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Equipo Médico Duradero</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios de Urgencia</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Cobertura en Hospitales para Pacientes Ambulatorios</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b>	Cubierto con límites	Cubierto con límites
<b>Medicamentos con Receta</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Centro de Cuidados Especializados (SNF)</b>	Cubierto	Cubierto con límites de días por período de beneficio.

## Declaración de Asistencia de Medicaid de Maryland (Medicaid)

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)</b>
<b>Transporte de Rutina</b>	Cubierto con límites	Cubierto con límites
<b>Servicios Oftalmológicos</b>	Cubierto	Cubierto
<b>Programa de Salud y Bienestar</b>	Sin cobertura	Cubierto
<b>Comidas con Terapia Médica Nutricional</b>	Sin cobertura	Cubierto
<b>Telesalud</b>	Cubierto con límites	Cubierto
<b>Sistema Personal de Respuesta en Caso de Emergencia (PERS)</b>	Cubierto con límites	Cubierto



CONTÁCTENOS:



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO D-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 de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage DSNP, Inc. y CareFirst Advantage, Inc., las cuales son licenciatarias independientes de Blue Cross y 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 y Blue Shield.