

CareFirst

Medicare Advantage

2025

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

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

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

Y0154_H8854_002_MA02310_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 2025

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 5 para ver un Resumen de los costos importantes, incluidas las primas.**

En este documento, se explican los cambios que se aplican a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.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 las restricciones en la cobertura y la distribución de costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
 - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.
- Considere si nuestro plan le satisface.

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 o revise la lista que se encuentra en el reverso de la guía *Medicare y Usted de 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si al 7 de diciembre de 2024, no se ha inscrito en otro plan, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Puede **cambiarse a un plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Consulte la página 3 de la sección 15 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si actualmente vive o acaba de mudarse a una institución (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. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con el número de Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 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 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de 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 para obtener más información.

Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

- CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-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.
 - En este documento, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a 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 2025
Tabla de contenidos

Resumen de los costos importantes para 2025 5

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 8

 Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 8

 Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 8

 Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias 9

 Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10

 Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 11

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 14

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir 15

 Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime 15

 Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 15

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan 16

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid 17

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 17

SECCIÓN 7 ¿Preguntas? 19

 Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime 19

 Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare 20

 Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid 20

Resumen de los costos importantes para 2025

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

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$28.20	\$40.30
<p>Deducible</p>	<p>\$240, excepto la insulina suministrada a través de equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, paga \$0, excepto por la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p>	<p>\$240, excepto la insulina suministrada a través de equipo médico duradero. Estos son los montos de distribución de costos para 2024 y pueden cambiar para 2025. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, paga \$0, excepto por la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita.</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia para la</p>	<p>Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia para la</p>

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0 por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: 20% de coseguro por visita. Si usted es elegible para recibir asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0 por visita.</p>	<p>distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0 por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: 20% de coseguro por visita. Si usted es elegible para recibir asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0 por visita.</p>
Hospitalizaciones	<p>Días 1 al 60: \$1,632 de deducible.</p> <p>Días 61 al 90: \$408 por día.</p> <p>Días 91 al 150: \$816 por día de reserva de por vida.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0.</p>	<p>Días 1 al 60: \$1,632 de deducible.</p> <p>Días 61 al 90: \$408 por día.</p> <p>Días 91 al 150: \$816 por día de reserva de por vida.</p> <p>Estos son los montos de distribución de costos para 2024 y pueden cambiar para 2025.</p> <p>CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0.</p>

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</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" de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</p> <p>Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>25% del costo total del medicamento. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Nunca pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Cobertura en caso de Catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$590, 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" de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</p> <p>Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>25% del costo total del medicamento. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Nunca pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Cobertura en caso de Catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</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 detalles).</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, 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 de la Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, 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 de la Parte B.</p>

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

Sección 1.1 –Cambios en la prima mensual

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	<p>\$28.20</p>	<p>\$40.30</p>

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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p>	<p>\$8,850</p>	<p>\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 en gastos de bolsillo</p>

Costos	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medicaid con copagos y deducibles de la 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>por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará 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 montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores 2025 de <https://www.carefirst.com/medicare-options/attachments/dsnp/2025-dsnp-provider-directory.pdf> 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. **Consulte el Directorio de farmacias 2025 de <https://www.carefirst.com/medicare-options/attachments/dsnp/2025-dsnp-pharmacy-directory.pdf> 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 ayudarle.

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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Examen físico anual	No cubierto	Cubierto con \$0 de copago
Exámenes bucales dentales	Exámenes bucales adicionales no cubiertos.	Cobertura de exámenes bucales adicionales: Pruebas de vitalidad pulpar: dos veces al año. Consulta: según sea necesario. Visita a domicilio o a un Centro de atención prolongada: según sea necesario.
Cambios en los Beneficios Flex	Asignación mensual de \$100 para productos de venta libre (OTC) por correo. Los miembros con afecciones crónicas que califiquen pueden usar su asignación para comprar productos OTC, comestibles y servicios públicos. El monto que no utilice de su asignación no podrá transferirse de un mes a otro ni de un año a otro	Asignación mensual de \$130 para productos de venta libre (OTC) por correo. Los miembros con afecciones crónicas que califiquen pueden usar su asignación para OTC, comestibles, servicios públicos y alquiler. El monto que no utilice de su asignación puede transferirse de un mes a otro, pero no puede transferirse de un año a otro

Costos	2024 (este año)	2025 (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 el sitio web https://www.carefirstmddsnp.com/PartB 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 el sitio web https://www.carefirstmddsnp.com/PartB para estar al día durante todo el año.
Transporte que no sea de emergencia	24 viajes de ida	36 viajes de ida

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión del medicamento genérico con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

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

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

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su distribución de costo 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 le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional” [Extra Help]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos 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 ha recibido este folleto al 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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

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

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	El deducible es de \$545.	El deducible es de \$590.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total 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>Si es elegible para la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0.</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

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

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando se surte su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar es el siguiente:</p> <p>25% del costo total del medicamento. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Nunca pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Una vez que usted paga \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar es el siguiente:</p> <p>25% del costo total del medicamento. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Nunca pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, puede pagar menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p> <p>Una vez que usted paga \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe).	Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe).

Cambios a la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe

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

Si alcanza la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Dirección para la presentación de reclamaciones de proveedores que figura en la tarjeta de identificación	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Po Box 9208 Canton, MA 02021	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Dual Prime HMO-SNP Po Box 14361 Lexington, KY 40512
Programa de recompensas saludables	\$120 anual por completar actividades específicas.	\$290 anual por completar actividades específicas.
Plan Medicare Prescription Payment.	No aplica	El Plan Medicare Prescription Payment es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 844-786-6762 o visite Medicare.gov.</p>
<p>Reducción del desperdicio de medicamentos</p>	<p>Nuestro sistema de surtido de recetas no tuvo en cuenta la acumulación excesiva de medicamentos.</p>	<p>Es posible que retrasemos el momento en que pueda resurtir sus medicamentos si tiene medicamentos adicionales a mano.</p>

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 continúe como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse de plan para el año 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *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), lea la guía *Medicare y Usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros d Salud (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. Comunicarse 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 cancele 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 por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar 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 2025.

¿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), puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluido:

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage el 1 de enero de 2025 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 cambiarse 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 2025.

Si actualmente vive o acaba de mudarse a una institución (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. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

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 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 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 llamada subsidio para personas de bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga algunas de las primas de sus medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Como usted califica, no tendrá 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 deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.** Maryland tiene un programa llamado Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición 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. Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de HIV, bajos ingresos según lo defina el estado, y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el 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, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, sobre cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 410-767-6535 o al número gratuito 800-205-6308. Cuando llame, asegúrese de indicar su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **Plan Medicare Prescription Payment.** El Plan Medicare Prescription Payment es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para quienes califican, es más conveniente que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-844-786-6762 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 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 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (en esta se detallan los beneficios y los costos para el próximo año).

En este *Aviso anual de cambios* se proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para 2025. Para obtener más información, revise la *Evidencia de cobertura 2025* de CareFirst BlueCross BlueShield 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. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com. No olvide que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores en nuestro *Directorio de proveedores*, red de farmacias en nuestro *Directorio de 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). Contiene información sobre los costos, la cobertura y el sistema de calificación de calidad con estrellas, lo que lo ayudará a comparar los planes de salud de Medicare en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea la guía *Medicare y Usted 2025*. Todos los años, en otoño, se envía este documento a las personas con Medicare. En este, se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 gratuito 800-456-8900. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.