CareFirst
La familia de planes de salud

Vitality

SU GUÍA DE RECURSOS PARA AFILIADOS 2025/2026



Vitality

SU GUÍA DE RECURSOS PARA AFILIADOS 2025/2026

Vitality es una publicación anual de CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. (colectivamente, "CareFirst"). Los artículos que se incluyen en *Vitality* no tienen por objeto servir de asesoramiento médico. A fin de satisfacer sus necesidades individuales de atención médica, debe consultar con su médico u otro proveedor. La información sobre beneficios que se incluye en *Vitality* consiste en una descripción general de la cobertura. No se trata de un contrato, por lo que podrían aplicarse ciertas exclusiones y limitaciones. Podrá encontrar la información detallada de su cobertura en su Guía de Beneficios o al iniciar sesión en "My Account" (Mi Cuenta) en **carefirst.com/myaccount**. Si tiene preguntas sobre su cobertura o necesita actualizar su dirección postal, llame a Servicios para el afiliado al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

2025 WORLD'S MOST ETHICAL COMPANIES® ™
ETHISPHERE
13-TIME HONOREE

CareFirst se enorgullece de ser reconocida como una de las Empresas más Éticas del Mundo® durante 13 años consecutivos.

Contenido

3 Bienvenido

4 Recursos en línea
4 Aplicación móvil "My Account" (Mi cuenta)
4 Bienestar de CareFirst℠
4 Buscar un Médico

5 Cómo acceder a la atención médica
5 Acceso a la atención con su plan
5 Administración de la atención de casos complejos
6 Opciones de atención
7 Atención fuera del área
8 Directivas avanzadas
9 Derivaciones y autorización previa

10 Medicamentos con receta
10 Beneficios de medicamento con receta

12 Cobertura del plan
12 Información de beneficios
12 Enviando reclamaciones
13 Comprender su tarjeta de identificación del afiliado
13 Cómo presentar una apelación o una queja formal
14 Aviso sobre prácticas de privacidad
15 Derechos y responsabilidades de los afiliados
15 Aviso de intercambio de información para mejorar o coordinar su atención
16 Desarrollos en tecnología médica y sus beneficios
17 Información de cobertura y tarifas de afiliados
19 Aviso de aumento de tarifas propuestas

19 Asistencia de comunicaciones
19 Asistencia en idioma y comunicación
20 Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de ayuda con el idioma
21 Ayuda con el idioma extranjero

Los nombres y las marcas "World's Most Ethical Companies" y "Ethisphere" son marcas registradas de Ethisphere LLC.

CareFirst WellBeing—Este programa de bienestar es administrado por Sharecare, Inc., una empresa independiente que presta servicios de administración de mejoras de la salud a los afiliados a CareFirst. Sharecare, Inc. no proporciona productos ni servicios de BlueCross BlueShield y es la única responsable de prestar sus servicios de administración de mejoras de la salud.

CloseKnit™ es una marca registrada propiedad de y es el nombre comercial de Atlas Health, LLC. Atlas Health, LLC, con el nombre comercial de CloseKnit, no proporciona productos o servicios de Blue Cross Blue Shield y brinda servicios de telesalud y en persona a los afiliados de CareFirst. Atlas Health, LLC es una afiliada corporativa dentro del grupo corporativo de empresas de CareFirst, Inc.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

BOK5101-9S-SPN (10/25)

BIENVENIDO

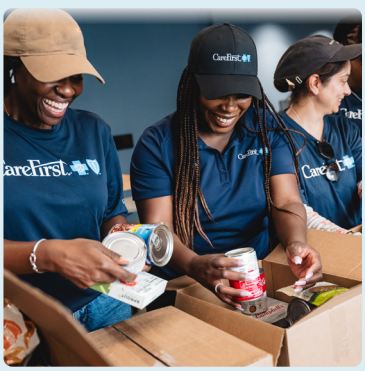
En CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. (colectivamente, CareFirst), entendemos que la salud personal está profundamente entrelazada con la salud de la comunidad. Es por eso que nos comprometemos a invertir en los lugares que nuestros afiliados llaman "hogar".

Como parte de nuestro compromiso, brindamos recursos como *Vitality* para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan CareFirst. En su interior encontrará información esencial para apoyarle en su recorrido de atención médica. Además, te invitamos a aprovechar los recursos que te presentamos a continuación:

- **Atención médica en cualquier lugar**—CloseKnit, una práctica de atención primaria virtual, ofrece atención primaria, así como atención de urgencia, salud conductual, servicios de nutrición y apoyo para nuevos padres. Ubicaciones presenciales disponibles en algunas áreas. Obtenga más información en **carefirst.com/closeknit**.
- **Protegiendo su privacidad**—Como parte de nuestro compromiso de mantener su información personal y de salud segura en línea, desarrollamos un nuevo sitio web—**carefirst.com/cybersecurity**—para informarle sobre todo lo relacionado con la privacidad.
- **Cómo entender el seguro de salud**—No es necesario ser un experto en seguros para aprovecharlo. Pero conocer los conceptos básicos puede ayudarle a tomar decisiones más informadas. Podemos ayudar. Visita **carefirst.com/healthinsurance101** para comenzar.









El cuidado comienza en nuestras comunidades.

Como empresa de atención médica sin fines de lucro que presta servicios a más de 3.5 millones de afiliados, CareFirst está en una posición única para marcar una diferencia significativa en nuestras comunidades. En 2024, nuestros empleados registraron 90 000 horas de servicio voluntario. Invertir nuestra energía, tiempo y dinero en los lugares donde vivimos, trabajamos y nos divertimos es la esencia de quienes somos, porque cuando la salud de nuestra comunidad es buena, todos se benefician.

Escanee el código para explorar los aspectos más destacados de nuestros esfuerzos comunitarios de 2024 para garantizar que todos tengan las mismas oportunidades de estar saludables y vivir con plenitud.

RECURSOS EN LÍNEA

Mi cuenta

Mi Cuenta le permite comprender y administrar fácilmente su plan de salud y sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Al configurar una cuenta, tendrá acceso protegido por contraseña para:

- Buscar y seleccionar médicos, especialistas, dentistas y proveedores de salud conductual dentro de la red, incluso hospitales, centros de atención de urgencia, laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes.
- Visualizar los copagos e identificar otros gastos que quizás deba asumir.
- Visualizar, solicitar o imprimir su tarjeta de identificación del afiliado.
- Verificar el estado de las reclamaciones, los deducibles restantes y los totales de gastos de bolsillo.
- Si desea recibir comunicaciones electrónicas, haga clic en su nombre en la parte superior de la página y seleccione *"Communication Preferences"* (Preferencias de notificaciones).



¿Necesita registrarse en Mi Cuenta?

¡Comenzar es fácil! Vaya a **carefirst.com/myaccount** y seleccione *Registrarse ahora*. Luego, siga los pasos para completar su registro.

CareFirst WellBeing℠

CareFirst WellBeing es su conexión digital con una vida más saludable. Este programa cuenta con todas las herramientas, recursos y apoyo que necesita para gestionar cada aspecto de su bienestar, incluido el buen estado físico, las relaciones familiares, el asesoramiento en salud, el manejo del estrés y la salud financiera.

Comience hoy mismo visitando **carefirst.com/wellbeing**.

Buscar un médico

Puede buscar varios proveedores, incluidos proveedores de atención primaria, especialistas, atención de salud mental o conductual, proveedores de atención dental y de la vista o centros de atención médica. Vaya a **carefirst.com/findadoc** para comenzar. Luego, personalice su búsqueda filtrando por cualquiera de los siguientes datos:

- Nombre del Proveedor
- Especialidad del proveedor.
- Ubicación y distancia.
- Sexo.
- Idiomas hablados.
- Grupos y hospitales adheridos.
- Aceptación de nuevos pacientes.
- Calificaciones y recompensas de pacientes.

Para confirmar que un proveedor participa en la red de su plan, inicie sesión en My Account (Mi Cuenta) para llevar a cabo su búsqueda. Al registrarse e iniciar sesión en Mi Cuenta, la herramienta Buscar un médico proporcionará automáticamente resultados de búsqueda dentro de la red según su tipo de plan.

¿Quiere una copia impresa del directorio de proveedores o información sobre los proveedores? Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

CÓMO ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

Acceso a la atención con su plan

Es importante comprender cómo acceder a la atención. En su documento de beneficios puede encontrar información específica, como la siguiente:

- ¿Cómo accedo a la atención primaria, la atención de especialistas, la atención de salud conductual o mental o los servicios de los hospitales?
- ¿Se necesita una derivación para ver a un especialista o recibir tratamiento?
- ¿El servicio o el procedimiento requieren de autorización previa?

Antes de recibir tratamiento en un hospital, un centro o un laboratorio, pregunte a su médico dónde cuenta con privilegios para ejercer la medicina y determine si esas ubicaciones están adheridas a su plan.

Visita **carefirst.com** para comparar e investigar hospitales. Seleccione *Para afiliados* en la parte superior de la página, luego haga clic en Buscar proveedores y luego en Comparar e investigar médicos y hospitales. Para una experiencia personalizada, inicie sesión en **Aplicación móvil "My Account" (Mi cuenta)** y seleccione *Médicos* en el menú principal, luego Buscar un médico.

Si necesita asistencia con respecto a cómo acceder a su atención médica, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece detrás de su tarjeta de identificación del afiliado.

Administración de casos complejos

Los servicios de administración de la atención compleja de CareFirst ayudan a reducir la frustración que supone la atención fragmentada que suelen enfrentar quienes tienen necesidades agudas y complejas. Su administrador de atención puede coordinar su atención médica, ayudarlo a comprender su condición y compartir recursos para ayudarlo a tomar decisiones más informadas.

El equipo de administración de la atención de cuidados complejos, compuesto por enfermeras registradas (RN), trabajadores sociales y asociados de apoyo clínico, puede ayudar a:

- Mejorar la calidad de vida de usted y su familia.
- Contribuir con su sentido de bienestar y dignidad.
- Tener un efecto positivo en la calidad de su atención médica.
- Coordinar los servicios para afiliados adultos y pediátricos.
- Fortalecerlos a usted y sus familiares por medio de la educación.

"[Mi administrador de atención] fue increíble al brindarme apoyo durante todo mi cuidado y con los médicos, y [la] coordinación de las visitas médicas. Me hizo la vida mucho más fácil".

Cuando se inscriba en el programa, un administrador de atención:

- Lo llamará para realizar una revisión inicial de su historia clínica a fin de identificar los factores que pueden afectar su salud.
- Revisará su progreso y responderá sus preguntas.
- Brindará apoyo durante el tiempo que lo necesite.
- Le brindará información y consejos de cuidado personal relacionados con su afección.
- Lo asistirá en la identificación de grupos de apoyo y recursos comunitarios que estén a su disposición.
- Trabajará en estrecha colaboración con su médico para coordinar los servicios que sean necesarios, por ejemplo, la atención y los cuidados paliativos.

Hable hoy con su médico de atención primaria (PCP) para inscribirse en el programa de administración de la atención compleja. También puede llamar al equipo de CareFirst al 833-536-2004 y seleccionar la opción adecuada.

Opciones de atención

Establecer una relación con a PCP es la mejor manera de recibir atención constante y de calidad. Salvo que se trate de una emergencia, debe llamar en primer lugar a su PCP cuando necesite recibir atención médica.

Si tiene una lesión, una enfermedad o una emergencia con riesgo de muerte, llame al 911 o diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana.

A continuación, incluimos un gráfico con otras opciones de atención médica que incluyen algunas que están a su disposición en todo momento, sea de día o de noche.

SUS OPCIONES DE ATENCIÓN	COSTO	NECESIDADES O SÍNTOMAS COMO	24/7	MEDICAMENTOS CON RECETA	ATENCIÓN VIRTUAL	ATENCIÓN EN PERSONA
Atención Virtual CloseKnit* Atención primaria virtual, atención de urgencia, salud mental y otros servicios especializados las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. **atención presencial disponible en algunas áreas*	$	▪ Consultas preventivas ▪ Atención de urgencia ▪ Terapia de salud mental ▪ Psiquiatría para mayores de 2 años ▪ Consultoría de lactancia ▪ Apoyo nutricional y dietético. ▪ Soporte de facturación y beneficios	✔	✔	✔	✔
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día Llame al 800-535-9700 si tiene preguntas generales sobre problemas de salud o si quiere saber dónde acudir para que lo atiendan	$0	▪ Tos, resfrío y gripe ▪ Sarpullidos ▪ Preguntas sobre medicación	✔	✘	✔	✘
Visita de PCP Converse sobre el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades, las afecciones crónicas y los chequeos de rutina	$	▪ Examen físico de rutina ▪ Atención por diabetes ▪ Tos, resfrío, gripe y alergias ▪ Bronquitis	✘	✔	✔	✔
Atención de conveniencia Pruebas exploratorias de salud, vacunas, enfermedades o lesiones menores	$$	▪ Tos y resfrío ▪ Conjuntivitis ▪ Dolor de oído ▪ Vacuna antigripal	✘	✔	✘	✔
A**tención de urgencia** Lesión o enfermedad que no constituye amenaza para la vida, pero que sí requiere atención inmediata	$$$	▪ Esguinces ▪ Corte que requiere puntos ▪ Quemaduras menores ▪ Dolor de garganta	✘	✔	✘	✔
Sala de emergencias Lesión o enfermedad con riesgo de muerte	$$$$$	▪ Dolor de pecho ▪ Dificultad para respirar ▪ Sangrado que no cesa ▪ Quemaduras mayores	✔	✔	✘	✔

Atención fuera del área

Para afiliados con planes BlueChoice HMO y BlueChoice Plus o planes cláusula de exclusión voluntaria

Fuera del área de servicios de CareFirst de Maryland, Washington, D.C. y el norte de Virginia, los beneficios dentro de la red están disponibles para servicios de emergencia o urgencia. Además, algunos planes (como BlueChoice Plus y BlueChoice Opt Out) brindan cobertura fuera de la red para otros servicios cubiertos. Consulte su guía de beneficios para obtener más información.

Cuando consulta a un médico u hospital participante de BlueCross BlueShield (BCBS) fuera del área para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, solo paga los gastos de bolsillo (por ejemplo, un copago). Su proveedor presenta la reclamación, que se abona a nivel dentro de la red. Si su plan ofrece beneficios fuera de la red, los servicios cubiertos de atención de urgencia o que no sean de emergencia se pagan al nivel de beneficio fuera de la red.



¿Necesita encontrar un proveedor?

Utilizar un proveedor de la red CareFirst ofrece muchas ventajas, incluidos costos de bolsillo más bajos. Para ayudarlo a encontrar un proveedor adherido a la red, le sugerimos que utilice nuestra herramienta Buscar un médico en **carefirst.com/findadoc**.

Los afiliados que estarán fuera de la ciudad durante noventa días o más resultan elegibles para participar en el programa Away From Home Care®. Este programa es ideal para viajeros, estudiantes que viven en las escuelas o familias que viven separadas. Los afiliados al programa disfrutan de una amplia gama de beneficios, incluso atención de rutina y cuidados preventivos. Su copago y los beneficios serán los mismos que aquellos que le correspondan a la HMO afiliada en el área donde usted se encuentre de visita. Se lo tratará como afiliado del plan afiliado.

Para obtener más información o inscribirse en el programa Away From Home Care, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado y pida hablar con el coordinador de dicho programa.

Para afiliados con BlueChoice Advantage

Los planes BlueChoice Advantage brindan cobertura dentro de la red para otros servicios cubiertos cuando un afiliado utiliza proveedores disponibles en la red BlueCard® PPO. Algunos planes acceden a redes selectas de BCBSA en algunas jurisdicciones. Estos planes también incluyen cobertura fuera de la red. Consulte su guía de beneficios para obtener más información.

Para afiliados con planes PPO

Fuera del área de servicio de CareFirst de Maryland, Washington, D.C., y Virginia del Norte, se ofrecen beneficios para servicios de atención médica. Si tiene un plan de Preferred Provider Organization (PPO), los beneficios dentro de la red están disponibles para los servicios cubiertos prestados por proveedores que participan en el plan PPO de otro plan de Blue Cross and Blue Shield (BCBS). La atención médica para brindar tratamiento de tipo urgente que no constituye una emergencia que proporcionan los proveedores que no pertenecen a un plan PPN de BCBS resulta elegible para los beneficios fuera de la red.

Al momento de llegar al consultorio médico o el hospital, presente su tarjeta actual de identificación del afiliado de CareFirst. Después de recibir atención médica, su proveedor presentará la reclamación. CareFirst paga directamente a todos los hospitales y médicos participantes y preferidos. Usted solo es responsable de los gastos de bolsillo (es decir, servicios no incluidos (en el plan), deducibles, copagos o coseguros).

Si el proveedor no participa en un plan de BCBS y debe pagar en el momento del servicio, comuníquese con Servicios para el Afiliado o visite la sección Cómo usar su plan de **carefirst.com** para obtener un formulario de reclamación para el reembolso de los cargos.

Directivas avanzadas

Proporcionado por el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health, MDH). CareFirst debe publicar esta información para los afiliados en Maryland, pero podría ser útil para todos los afiliados.

Independientemente de su edad o de su estado de salud, una crisis médica podría dejarlo demasiado enfermo o lesionado para comunicar decisiones sobre su atención médica. Antes de que se produzca una crisis médica, es importante que piense en los tipos de tratamiento que le gustarían o no y en los posibles resultados. Comience la conversación sobre el tema con familiares, amigos, proveedores de atención médica, un abogado o un asesor religioso.

Conversación sobre la planificación anticipada de la atención

La planificación anticipada de la atención es una conversación continua con personas de su confianza para hablar sobre sus preferencias personales y las decisiones que deben tomarse en caso de una crisis médica, no solo de la atención al final de la vida. La planificación anticipada de la atención requiere una cuidadosa consideración de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, que se documentan en un declaración de voluntades anticipadas o en un formulario de Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (MOLST). Una declaración de voluntad anticipada no es lo mismo que un formulario MOLST; para obtener más información sobre el formulario MOLST de Maryland, visite **www.miemss.org/home/molst**. Estas conversaciones dan a conocer sus deseos para que puedan cumplirse en caso de que tenga una capacidad limitada o nula para tomar decisiones por sí mismo. Esto alivia la carga de la familia y los seres queridos y ayuda a prevenir conflictos sobre su atención. Es importante determinar quién puede hablar en su nombre; en Maryland, esta persona se denomina agente de atención médica. Si no nombra a un agente de atención médica, la ley designará a su pariente más cercano para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo.

Registro de declaración de voluntad anticipada

Tiene la opción de redactar una declaración de voluntad anticipada, una forma útil y legal de dirigir su atención médica cuando no pueda hablar por sí mismo. Puede designar a un agente de atención médica para que tome decisiones en su nombre y especificar sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, como cuándo usar tratamientos de soporte vital. Elija a alguien de su confianza para que tome estas decisiones importantes y hable con esa persona para asegurarse de que acepta la responsabilidad. Incluya su nombre e información de contacto, así como de cualquier otro agente de atención médica de respaldo en su declaración de voluntad anticipada. Los proveedores de atención médica, las organizaciones religiosas, los asesores patrimoniales, los abogados y otros profesionales pueden facilitarle varios formularios de voluntades anticipadas. No hay un formulario único que deba usarse; puede personalizar su declaración de voluntad anticipada para que se ajuste a sus deseos. Asegúrese de entregar una copia de su declaración de voluntad anticipada a su familia, sus proveedores de atención médica, su abogado o a cualquier otra persona que deba conocer sus decisiones. Recuerde que no está obligado a tener una declaración de voluntad anticipada y que puede revocarla y redactar una nueva en cualquier momento.

Compartir la documentación electrónica

Una declaración de voluntad anticipada puede ser más eficaz si la pone a disposición de un proveedor de atención médica en un formato electrónico que sea fácilmente accesible. Hable con su proveedor de atención médica sobre la posibilidad de almacenar una copia de su declaración de voluntad anticipada y la información del agente de atención médica en su sistema seguro de expedientes médicos electrónicos. Es posible que pueda agregar y actualizar esta información fuera de las visitas clínicas al usar el portal del paciente del proveedor de atención médica, un sitio web seguro en línea donde puede ver su expediente médico y comunicarse con su equipo de atención. También puede usar un servicio de declaraciones de voluntades anticipadas electrónicas reconocido por el estado para redactar, cargar, compartir y actualizar la información de la declaración de voluntad anticipada y del agente de atención médica. Obtenga más información sobre cómo los proveedores de atención médica involucrados en su atención pueden acceder a su información en **crisphealth.org/for-patients/#advance-directives**.

Hay más información sobre cómo comenzar con su directiva anticipada, incluidos formularios de muestra, disponible en el sitio web del Fiscal General de Maryland: **www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx**.

Derivaciones y autorización previa

No todos los planes de CareFirst requieren derivaciones, pero el plan Maryland Point of Service (MPOS) y algunos planes de HMO y BlueChoice requieren derivaciones.

- **MPOS**—todos los afiliados de MPOS deben elegir primero un PCP. Luego, deben obtener una derivación de su PCP antes de su visita con el especialista para recibir beneficios dentro de la red. Los afiliados de MPOS pueden ver al especialista sin una derivación, pero es posible que deban pagar más gastos de bolsillo.
- **HMO y BlueChoice**—La mayoría de los planes de BlueChoice no requieren una derivación para ver a un especialista. Sin embargo, si su plan requiere una derivación, su PCP debe proporcionarle la derivación antes de su visita con el especialista.

Las derivaciones pueden indicarse para una única visita o para varias visitas, también denominadas derivaciones permanentes. Las derivaciones permanentes se pueden emitir si el paciente padece alguna afección específica. Por ejemplo:

- Diagnóstico de cáncer, a fin de que el paciente consulte con un médico de tratamiento del dolor con certificación de la junta.
- Embarazo, a los fines del cuidado materno y el parto.
- Una afección con riesgo de muerte, degenerativa o crónica, o una incapacidad.
- requiera una atención médica especializada.

Para los afiliados de todos los planes, su médico debe solicitar autorización antes de servicios como hospitalizaciones que no sean de emergencia, servicios hospitalarios ambulatorios y atención médica a domicilio.

Para determinar si su plan requiere derivaciones o autorizaciones o si tiene preguntas sobre cómo funciona su plan de beneficios, puede:

- Inicie sesión en **Aplicación móvil "My Account" (Mi cuenta)** y consulte los detalles de sus beneficios,
- Consulte la guía de beneficios que recibió cuando se inscribió.
- Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Cómo tener acceso a proveedores fuera de la red

Muchos de los planes de CareFirst ofrecen cobertura fuera de la red que, en general, tiene un costo mayor para el afiliado. Sin embargo, existen algunas situaciones en las cuales es posible que un afiliado no tenga acceso a un proveedor de la red y pueda tener acceso a un proveedor fuera de la red con un costo compartido de la red que corresponde al deducible, el copago y el coseguro.

Conforme a los planes que pertenecen a la HMO y los planes que no pertenecen a la HMO, el afiliado puede solicitar autorización para ser tratado por un especialista fuera de la red si CareFirst no tiene un especialista dentro de la red o un especialista que no sea médico pero que cuente con la formación y la experiencia profesional para brindar tratamientos o servicios de atención médica con fines del tratamiento de la afección o enfermedad, o si CareFirst no puede brindar acceso razonable a un especialista dentro de la red o un especialista que no sea médico pero que cuente con la formación y la experiencia profesional para brindar tratamientos o servicios de atención médica con fines del tratamiento de la afección o enfermedad sin que por ello haya demoras ni viajes irrazonables.

Cuando se autoriza el acceso a los proveedores fuera de la red en el caso de las situaciones descritas en el presente, el servicio es tratado como si fuera brindado por un proveedor dentro de la red a los fines del cálculo del deducible, el copago y el coseguro del afiliado.

Si no puede encontrar un proveedor dentro de la red con la experiencia necesaria o sin demoras ni viajes irrazonables, póngase en contacto con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación del afiliado para iniciar su solicitud.

Las determinaciones iniciales de las autorizaciones que no se refieren a emergencias se toman dentro de los dos días hábiles siguientes a la información necesaria para tomar una decisión. Las decisiones respecto de autorizaciones urgentes se toman dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud.

MEDICAMENTOS CON RECETA

Beneficios de medicamentos con receta

Proceso de apelación y queja formal

Si tiene alguna inquietud sobre la denegación de una autorización, puede comunicarse al número de teléfono de Servicios para el Afiliado que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación del afiliado. Un representante puede ayudarle a iniciar el proceso de apelación. Si desea revisar el procedimiento para presentar una apelación, visite **carefirst.com/appeals**. Para obtener una copia impresa, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

La estructura de nuestro formulario

Un formulario es una lista de medicamento con receta cubiertos por su plan. Los aumento medicamentos cubiertos por CareFirst formulario son revisados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T), un comité nacional independiente compuesto por médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Este comité revisa los medicamentos en el formulario para garantizar que son seguros y eficaces en términos clínicos. Se pueden agregar medicamentos al formulario de forma mensual y pueden establecerse exclusiones de medicamentos y cambios de nivel de forma trimestral. Si existe algún cambio en el formulario, los afiliados afectados son notificados por carta. Los medicamentos se categorizan en niveles (ver el gráfico que figura a continuación) y el costo compartido es determinado por ese nivel. Cada plan incluye niveles diferentes; por lo tanto, consulte su guía de beneficios para ver qué niveles incluye su plan.

Este es un ejemplo de una estructura de formulario de 5 niveles:

NIVEL DE MEDICAMENTOS (COSTOS COMPARTIDOS)	COSTO	DEFINICIÓN
Nivel 0	**$0**	Los medicamentos preventivos (por ejemplo, estatinas, aspirina, ácido fólico, flúor, suplementos de hierro, PrEP contra el VIH, productos para dejar de fumar y anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres) están disponibles a un costo compartido de cero dólares si su médico los prescribe según ciertos criterios médicos. Los medicamentos de quimioterapia oral, los agentes para revertir la sobredosis de opioides y los suministros para diabéticos (por ejemplo, jeringas de insulina, agujas para bolígrafos, lancetas, tiras reactivas y hisopos con alcohol) también están disponibles a un costo compartido de cero dólares. Puede aplicarse deducible.
Nivel 1 Medicamentos genéricos	**$**	Los medicamentos genéricos son los mismos que los medicamentos de marca en cuanto a dosificación, seguridad, potencia, forma de administración, calidad, características de rendimiento y uso propuesto. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.
Nivel 2 Medicamentos de marca preferida	**$$**	Los medicamentos de marca preferida son medicamentos de marca que podrían no estar disponibles en su forma genérica pero que son elegidos por su rentabilidad en comparación con otras alternativas. Su costo compartido superará el costo de los medicamentos genéricos, pero será inferior al de los medicamentos de marca no preferida. Si un medicamento genérico se vuelve disponible, es posible que el medicamento de marca preferida pase a la categoría de medicamento de marca no preferida.
Nivel 3 Medicamentos de marca no preferida	**$$$**	Los medicamentos de marca no preferida a menudo tienen una opción genérica o de marca preferida en cuyo caso el costo compartido será inferior.
Nivel 4 Medicamentos de especialidad preferidos	**$$$$**	Los medicamentos de especialidad de marca preferida son medicamentos de especialidad de marca que podrían no estar disponibles en su forma genérica pero que son elegidos por su rentabilidad en comparación con otras alternativas. Su costo compartido superará el costo de los medicamentos genéricos, pero será inferior al de los medicamentos de especialidad de marca no preferida. Si un medicamento genérico se vuelve disponible, es posible que el medicamento de especialidad de marca preferida pase a la categoría de medicamento de especialidad de marca no preferida.
Nivel 5 Medicamentos de especialidad no preferidos	**$$$$$**	Los medicamentos de especialidad no preferidos a menudo tienen una opción de medicamentos de especialidad en cuyo caso el costo compartido será inferior.



¿Tiene preguntas sobre sus beneficios de medicamentos con receta?

Para ver su lista de medicamentos y obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos con receta, puede:

- Inicie sesión en **Aplicación móvil "My Account" (Mi cuenta)** y vea la sección Recursos sobre medicamentos y farmacias;
- Verificar sus materiales de inscripción; o
- Llamar al número de teléfono de la farmacia que figura en la parte posterior de la tarjeta de identificación del afiliado.

Si necesita ayuda con el idioma o tiene preguntas o quejas sobre sus beneficios de farmacia, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Beneficios de medicamentos recetados (continuación)

Los medicamentos genéricos

Medicamentos genéricos cumplen con los mismos estándares de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) que los de marca: ambos son seguros y eficaces, pero los genéricos suelen tener un coste significativamente menor. Los medicamentos de marca se pueden sustituir por un equivalente de medicamento genérico que esté disponible. Se puede solicitar el medicamento de marca; sin embargo, el costo compartido puede aumentar según la opción de administración de medicamento genérico (voluntaria, restringida u obligatoria) que forma parte de su plan de beneficios de medicamentos con receta. Consulte su resumen de beneficios o materiales de inscripción para obtener más información.

Pautas sobre recetas

Algunos medicamentos sólo están destinados a utilizarse en cantidades limitadas. Otros requieren que su médico obtenga una autorización previa a través de CareFirst antes de poder surtirlos.

- Es posible que se requiera **Autorización previa** antes de surtir recetas para ciertos medicamentos. Es posible que su médico deba proporcionar su historia clínica y pruebas de laboratorio antes de que pueda surtirlos. Sin la aprobación de la autorización previa, sus medicamentos no pueden ser cubiertos.
- **Se establecen** límites de cantidad a medicamentos seleccionados con motivos de seguridad o calidad, o con el fin de desalentar la sobreutilización innecesaria. Es posible que se impongan límites respecto del monto del medicamento cubierto por receta o durante un periodo definido. Si su médico decide que una cantidad diferente de medicación es correcta para usted, este puede solicitar dicha cantidad previa autorización de la cobertura.
- **Terapia escalonada** garantiza que usted reciba una opción de medicamento rentable como primer paso para tratar ciertos problemas de salud. Cuando se ofrecen medicamentos similares, los lineamientos de la terapia escalonada guían a su médico en la indicación de la opción más rentable en primer lugar. Es posible que los medicamentos de los pasos superiores requieran la autorización previa de su médico antes de que puedan ser cubiertos.

Nuestra herramienta de precios de medicamentos puede decirle si alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos. Encontrará la herramienta de determinación de precios de medicamentos en Mi cuenta, el portal para afiliados de CareFirst.

COBERTURA DEL PLAN

Información de beneficios

Solicitudes de excepciones

Es posible que algunos medicamentos no estén cubiertos en su formulario. El medicamento excluido siempre tiene una opción de medicamento alternativo en la misma clase de medicamento del formulario. Existe un proceso de excepción si por motivos médicos necesita que le cubran un medicamento excluido. Su médico puede presentar una solicitud de excepción por fax o vía electrónica.

Si se aprueba una solicitud de excepción, su medicamento será cubierto. Además, se les enviará una notificación a usted y a su médico. Si se rechaza una solicitud de excepción, se le enviará a usted y a su médico un aviso explicando el motivo por el cual se rechazó la solicitud junto con información sobre cómo presentar una apelación.

Cuando se inscribió en su plan de salud, recibió materiales de inscripción, incluida una guía de beneficios y un formulario de selección de PCP, si corresponde. Estos documentos incluyen información sobre cómo y dónde obtener atención médica primaria, de especialistas y de emergencia, servicios de farmacias y otros servicios relacionados. También incluyen información sobre los cambios en las primas, la posibilidad de renovación de las pólizas y las responsabilidades de los empleadores respecto de la cobertura de dependientes.

Cuando tenga preguntas sobre sus beneficios, incluso qué incluye la cobertura, qué no incluye dicha cobertura, las restricciones en los beneficios y demás, existen varias maneras de buscar la información:

- Inicie sesión en Mi cuenta en **carefirst.com/myaccount** desde su computadora o dispositivo móvil.
- Consulte el documento de beneficios que recibió cuando se inscribió.
- Hable con la oficina de beneficios si recibe cobertura mediante su empleador.
- Si no tiene acceso a Internet, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

A veces, los cambios en su plan de salud pueden derivar en nueva información que quizás no se vea reflejada en su material de inscripción. Para obtener la información más actualizada, debe iniciar sesión en Mi cuenta en **carefirst.com/myaccount**.

Continuación de la cobertura

Como afiliado de CareFirst, es posible que tenga opciones para continuar su cobertura de atención médica si su estado laboral cambia. Sus opciones pueden incluir las siguientes:

- Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA): para obtener información, comuníquese con el administrador de beneficios de salud de su empresa.
- Plan de continuación del estado: para obtener información, comuníquese con el administrador de beneficios de salud de su empresa.
- Plan individual: comuníquese al 800-544-8703 para obtener más información, incluso las opciones de beneficios.

Presentación de reclamaciones

Cuando reciba los servicios de un proveedor o una farmacia que participen en la red de CareFirst, la farmacia o el consultorio del proveedor presentarán las reclamaciones por usted. Sin embargo, si consulta a un proveedor no participante o concurre a una farmacia no participante para recibir los servicios, usted mismo deberá presentar la reclamación. Puede presentar su reclamación por correo o por Internet.

Cómo enviar su formulario de reclamación por Internet

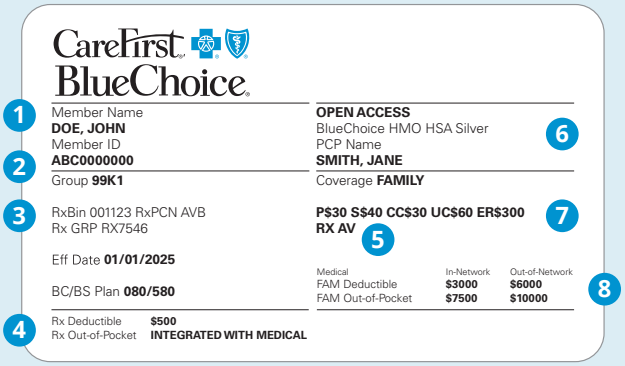
CareFirst ofrece envío de reclamos en línea para reclamos por atención médica, dental y de salud mental o conductual. Desde su computadora o dispositivo móvil, inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta) y seleccione *"Claims"* (Reclamaciones). Elija *"Submit a Claim Online"* (Enviar una reclamación por Internet) y, luego, *"Submit a Claim"* (Enviar una reclamación). Siga las indicaciones, cargue los documentos requeridos y envíelos.

Cómo entender su tarjeta de identificación del afiliado

Su tarjeta de identificación del afiliado, como la que se muestra en este ejemplo, lo identifica como afiliado de CareFirst e incluye información importante sobre usted y sus beneficios cubiertos. Cada miembro de la familia incluido en el plan debe tener una tarjeta en la que se indique su nombre. Asegúrese de presentar siempre su tarjeta de identificación cuando reciba los servicios. Si no tiene su tarjeta física, puede visualizarla en su teléfono inteligente a través de Mi Cuenta.

Este gráfico muestra la información más solicitada cuando recibe la atención. Además, encontrará importantes números de teléfono en el reverso.

Asegúrese de que la información incluida en su tarjeta es correcta. Si existe algún error, comuníquese con el Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece detrás de su tarjeta de identificación del afiliado.



1 e 2 **Identificación del afiliado y número de grupo**: estos son los números que los proveedores le solicitarán cuando verifiquen su cobertura.

3 **Códigos**: las farmacias los usan para enviar las reclamaciones de pago.

4 **Límite máximo de deducibles de medicamentos con receta y de gastos de bolsillo.**

5 **Cobertura adicional**
RX=medicamento AV=visión para adultos

6 **Nombre del plan y del PCP**: el nombre de su plan y del proveedor de atención primaria

7 **Montos de copago**: abreviaturas que corresponden a los copagos de su plan:
P=proveedor de atención primaria
S=especialista CC=atención de conveniencia UC=atención de urgenciaER=sala de emergencias

8 **Límite máximo de gastos de bolsillo y deducible médico**

Cómo presentar una apelación o una queja formal

Enviar su formulario de reclamación por correo

Para imprimir y enviar por correo el formulario de reclamación, inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta), seleccione la pestaña *"My Documents"* (Mis documentos) y elija *"Forms"* (Formularios). Elija el formulario según el tipo de reclamación y complete la información obligatoria. Luego, envíe por correo el formulario con las direcciones incluidas. Si no tiene acceso a Internet, puede solicitar un formulario de reclamación en papel. Para ello, debe comunicarse con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Apelaciones o quejas formales

Si tiene alguna inquietud sobre una decisión que perjudica su cobertura, tal como una negativa, una reducción de beneficios o una negativa de autorización de servicios, puede llamar a Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Un representante puede asistirlo en la resolución de la cuestión o la presentación de un proceso de apelación. De ser necesario, contará con un intérprete de su idioma.

Si desea revisar el procedimiento para presentar una apelación, visite **carefirst.com/appeals**. Para obtener una copia impresa, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Además, muchos afiliados tienen derecho a una revisión externa independiente de cualquier decisión definitiva de apelación o queja formal. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información más específica sobre cómo presentar el pedido de revisión externa, determinación definitiva de apelación o queja.

Quejas sobre la calidad de atención

Puede presentar una queja mediante el uso de alguno de estos métodos:

- Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Si tiene problemas para entender el idioma inglés, dígale al representante y un intérprete que hable su idioma preferido se unirá a la llamada.
- Envíe un correo electrónico a **quality.care.complaints@carefirst.com**.

Aviso de prácticas de privacidad

CareFirst se compromete a mantener confidencial la información financiera y protegida sobre salud de los afiliados. Según la Ley Gramm Leach Bliley (Gramm Leach Bliley Act, GLBA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), debemos implementar políticas y procedimientos para mantener confidencial su información financiera y protegida sobre salud, ya sea que se encuentre en forma oral, escrita o en formato electrónico. Además, debemos enviar nuestro Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad solo a afiliados que pertenezcan a grupos gruposcompletamente asegurados. El aviso resume los usos y las divulgaciones de su información financiera y protegida sobre salud, los derechos individuales y nuestra responsabilidad de garantizar la privacidad de su información.

Para obtener una copia de nuestro Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad, visite nuestro sitio web carefirst.com o llame al número de teléfono de Servicios para el Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del afiliado. Los afiliados de grupos con seguro propio deben comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos para recibir una copia del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de la empresa. Si no sabe si su empleador tiene un seguro propio, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos. CareFirst envía un Aviso sobre Práctica de Privacidad a todos los titulares de la póliza al momento de la inscripción.

A continuación aparece un resumen de nuestro Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad.

Nuestras responsabilidades

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de su información financiera y protegida sobre salud y a contar con los procedimientos adecuados para tal fin. También estamos obligados a notificarlo luego de que se cometa una violación de su información protegida sobre salud no garantizada. Según la legislación estatal y federal sobre privacidad, tenemos derecho a usar y divulgar su información financiera y protegida sobre salud para actividades de pago y operaciones de atención médica. Además, podemos usar o dar a conocer su información a los fines de la administración de beneficios de salud (como las reclamaciones y el proceso de inscripción, la administración de la atención y las ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones y las medidas de prevención y detección de fraude) y nuestras operaciones comerciales (incluso la mejora y la medición de la calidad y la mejora y el desarrollo de los beneficios), según lo explicado en el Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad.

La información de contacto personal y el número de teléfono, incluido el número de celular, se pueden usar y compartir con otras empresas que trabajan con CareFirst para administrar o brindar beneficios conforme a este plan y para notificar a los afiliados sobre las opciones de tratamiento, los servicios relacionados con la salud o las opciones de cobertura.

En los casos en que esté permitido por ley, podemos divulgar su información financiera y protegida sobre salud al patrocinador del plan o el empleador para que cumplan con las funciones de administración del plan. También podemos divulgar la información protegida sobre salud con fines de prioridad nacional.

Para la mayoría de los fines que no aparezcan en este resumen, deberá darnos su autorización válida para que podamos usar o divulgar su información financiera y protegida sobre salud.

Sus derechos respecto de la información protegida sobre salud

Puede solicitar por escrito lo siguiente:

- Una copia de su información médica protegida que se encuentra en un conjunto de registros designados pertenecientes a su historial médico
- Pedir que restrinjamos la información médica protegida que usamos o divulgamos sobre usted para pagos u operaciones de atención médica
- Pedir que nos comuniquemos con usted con respecto a su información de una manera alternativa o en una ubicación alternativa si cree que una divulgación de toda o parte de su información médica protegida puede ponerlo en peligro.
- Pedir que cambiemos su información si cree que su información médica es incorrecta o está incompleta.
- Un registro de las divulgaciones de su información médica protegida por motivos distintos a los pagos o las operaciones de atención médica

Aviso sobre prácticas de privacidad (continuación)

Consultas y quejas

El afiliado puede quejarse ante CareFirst si considera que dicha empresa ha violado sus derechos de confidencialidad. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con la confidencialidad, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de CareFirst en:
CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. Oficina de Privacidad CT 10-03
10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117
800-853-9236
Fax: 410-505-6692
Correo electrónico: **privacy.office@carefirst.com**



Derechos y responsabilidades de los afiliados

CareFirst se compromete a mantener una relación de respeto mutuo con usted. Nuestra política de derechos y responsabilidades reconoce las responsabilidades que asumimos ante usted y resume sus obligaciones como afiliado. Comprender sus derechos y responsabilidades lo ayudará a aprovechar al máximo su afiliación a CareFirst y su relación con dicha empresa.

Para encontrar la lista completa de sus derechos y responsabilidades, visite **carefirst.com/myrights**. Para obtener una copia impresa de los Derechos y responsabilidades de los afiliados, llame a Servicios para el Afiliado al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.



Aviso sobre la divulgación de información para mejorar o coordinar su atención médica

Este aviso describe cómo los datos y la información médica sobre usted pueden compartirse entre CareFirst y los proveedores que lo atienden para mejorar o coordinar su atención. Léalo con atención. Nota: Las referencias a CareFirst incluyen CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., y todas sus filiales empresariales (denominadas en su conjunto "CareFirst").

Por qué podemos compartir información

Cuanto más completa sea la información que tienen sus proveedores de atención médica, mejor podrán satisfacer sus necesidades de atención médica. Compartir la información y los datos con los proveedores que lo atienden puede derivar en una mejor atención coordinada, ayudarlo a obtener atención oportunamente, limitar los servicios duplicados y ayudar a dichos proveedores a identificar mejor a los pacientes que más se beneficiarían de la administración de la atención y otros programas de coordinación de atención.

Cómo usamos la información médica para mejorar o coordinar su atención médica

Para administrar sus beneficios de salud, CareFirst recibe los datos de reclamaciones y demás información de sus diferentes proveedores de atención respecto de los diagnósticos, los tratamientos, los programas y los servicios prestados conforme a su plan de salud. Sin embargo, los proveedores individuales que lo atienden no pueden tener acceso a la información que tienen sus otros proveedores. Cuando CareFirst tiene esa información, la puede compartir con los proveedores que lo atienden a través de medios electrónicos seguros con el único fin de mejorar o coordinar su atención y de ayudar en la toma de decisiones clínicas.

- Esta información puede incluir información sobre reclamaciones de atención médica o datos médicos resultantes de encuentros médicos, tratamientos, pruebas diagnósticas, pruebas exploratorias, recetas o programas y actividades de gestión de atención médica centrada en el paciente y otros programas y actividades de administración de la atención complejos. También puede incluir los resultados de su evaluación de riesgos de salud o pruebas exploratorias de bienestar proporcionados por medio de un asociado contratado de atención médica de CareFirst.
- La información que recibe CareFirst de sus proveedores con el único fin de mejorar o coordinar su atención no puede utilizarse para evaluaciones, revisión de uso o fijación de tarifas de su seguro de salud. No le pueden negar el seguro ni puede perder su cobertura en función de la información compartida por los proveedores que lo atienden con CareFirst a los fines de la coordinación de la atención.
- La divulgación de esta información también está sujeta a las normas sobre confidencialidad que estipula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 y demás legislación vigente sobre privacidad a nivel federal y estatal. Se le ha proporcionado un aviso de sus derechos de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) como parte del Aviso sobre prácticas de confidencialidad de CareFirst. Las limitaciones a la divulgación de la información médica que se tratan en su aviso conforme a la HIPAA y sus derechos que estipula esta ley siguen aplicándose.

Aviso sobre la divulgación de información para mejorar o coordinar su atención médica (continuación)

Puede optar por no compartir esta información a los fines de la coordinación de atención.

En todo momento, usted tiene el derecho a optar por que CareFirst no comparta esta información con el proveedor que lo atiende a los fines de la coordinación de atención. Para elegir esta opción, complete, firme y envíe de regreso el formulario "Opt Out of Information Sharing" (Exclusión de la opción de divulgación de información). Puede encontrar el formulario en **carefirst.com/informationsharing**.

Al presentar este formulario, usted también da por finalizada la participación en cualquiera de los programas indicados en este aviso que requieren la divulgación de la información para mejorar o coordinar la atención. Si elige la opción de exclusión, los proveedores que lo atienden no tendrán acceso a los datos o la información que CareFirst tiene a su disposición para ayudar a mejorar o coordinar su atención.

Este Aviso de Divulgación de Información se efectúa en cumplimiento con las Prácticas de Confidencialidad de CareFirst. Para obtener una copia del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de CareFirst, consulte la página 14 de esta guía. Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de este aviso, el formulario de opción de exclusión o el Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de CareFirst por escrito, póngase en contacto con:

CareFirst BlueCross BlueShield
Atención: Oficina de Privacidad
10455 Mill Run Circle
Owings Mills, MD 21117
800-853-9236
Fax: 410-505-6692
Correo electrónico: **privacy.office@carefirst.com**



Desarrollos en tecnología médica y sus beneficios

Para garantizar que nuestros afiliados tienen acceso a una atención segura y eficaz, CareFirst revisa los nuevos desarrollos en tecnología médica y las nuevas aplicaciones de tecnología existente para su inclusión como beneficio cubierto. Evaluamos rutinariamente tecnologías nuevas y existentes por medio de un proceso de revisión formal. Los médicos e investigadores de CareFirst consideran los aportes de los profesionales médicos de la comunidad, las agencias gubernamentales y los estudios científicos publicados para determinar si son médicamente apropiados.

La atención médica experimental se define como tratamientos, suministros y tecnología médicos, de salud conductual y quirúrgicos que se encuentran en etapa de desarrollo y en proceso de pruebas en humanos o animales. Servicios, suministros o tecnología que no cumplen con los cinco (5) criterios enumerados a continuación adoptados por los criterios de evaluación de Servicios de Políticas Médicas (Medical Policy Services, MPS) de BlueCross BlueShield Association (BCBSA) (antes conocidos como Criterios TEC o criterios de Technology Evaluation Center) se consideran experimentales/de investigación:

- La tecnología debe contar con la aprobación final del organismo regulador del gobierno de EE. UU.[1] correspondiente.
- La evidencia científica permite sacar conclusiones sobre el efecto de la tecnología en los resultados de salud.
- La tecnología mejora el resultado neto de salud.
- La tecnología es tan beneficiosa como cualquier alternativa establecida, y
- La mejora es alcanzable fuera de los entornos de investigación.

[1] Los criterios de BCBSA indican que la tecnología debe contar con la aprobación final de los organismos reguladores gubernamentales correspondientes; sin embargo, CareFirst BlueCross BlueShield ("CareFirst") requiere que la tecnología reciba la aprobación final del organismo regulador correspondiente del gobierno de EE. UU.

Información de tarifas y cobertura de afiliados

Todos los años, CareFirst debe publicar este aviso en el cual le informa a usted sobre los beneficios que tiene por los siguientes servicios, junto con la información de aumento de tarifas propuesto.

Servicios de rehabilitación

CareFirst cubre servicios de rehabilitación.

En Maryland, los servicios de habilitación consisten en servicios y dispositivos, incluidos terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del Lenguaje, que ayudan a un niño a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

En Washington, D.C., los servicios de rehabilitación se aplican a la terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje para el tratamiento del niño que tiene un defecto congénito o genético de nacimiento a fin de mejorar su capacidad de funcionamiento.

Tenga en cuenta que los beneficios que ofrece la cobertura de rehabilitación en ambas jurisdicciones no incluyen los servicios al niño prestados conforme al programa de educación individualizada (IEP) o cualquier obligación impuesta a las escuelas públicas conforme a la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (Individuals with Disabilities Education Act), artículo 1400 y siguientes del Título 20 del Código de los Estados Unidos, con sus modificaciones periódicas.

Antes de recibir tratamiento, consulte su Evidencia de Cobertura para determinar si usted o sus dependientes resultan elegibles para recibir estos beneficios, dado que podrían aplicarse restricciones respecto de la edad.

CareFirst debe aprobar previamente todos los servicios de habilitación. Se aplica cualquier deducible, copago o coseguro requerido según su guía de beneficios. Es posible que se apliquen montos máximos de la póliza y límites de beneficios. Los servicios de rehabilitación no se incluyen para calcular el límite máximo de consultas para servicios de terapia.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos servicios, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Atención para madres y recién nacidos

Según la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos, CareFirst ofrece cobertura para servicios de pacientes internadoshospitalización para una madre y el hijo recién nacido por un mínimo de:

- 48 horas de atención a pacientes internados después de un parto natural sin complicaciones.
- 96 horas de atención a pacientes internados después de un parto por cesárea sin complicaciones.

Si la madre y el recién nacido se quedan en el hospital durante al menos el periodo determinado, la cobertura incluye una visita a domicilio si lo indica el médico a cargo. La madre puede pedir quedarse menos tiempo si, después de conversar con su médico, decide que necesita menos tiempo para su recuperación.

Si la madre y el recién nacido se quedan menos tiempo en el hospital de lo mencionado, la cobertura incluye una visita a domicilio programada dentro de las 24 horas siguientes al alta del hospital y una visita a domicilio adicional si lo indica el médico a cargo.

Mastectomía

CareFirst brinda cobertura durante una permanencia mínima en el hospital de 48 horas luego de una mastectomía.

Si el afiliado permanece en el hospital durante al menos el periodo determinado, la cobertura incluye una visita a domicilio si lo indica el médico a cargo. El afiliado puede pedir quedarse menos tiempo si, después de conversar con su médico, decide que necesita menos tiempo para su recuperación.

Si el afiliado se queda menos tiempo en el hospital de lo mencionado, la cobertura incluye una visita a domicilio programada dentro de las 24 horas siguientes al alta del hospital y una visita a domicilio adicional si lo indica el médico a cargo.

Este aviso sobre la cobertura rige únicamente para las pólizas vendidas a empresas y personas en Maryland. Consulte su documento de beneficios para determinar si es elegible para estos beneficios de procedimientos quirúrgicos.

Cobertura de afiliados e información de tarifas (continuación)

Servicios relacionados con mastectomías

CareFirst ofrece beneficios para los servicios relacionados con mastectomías conforme a la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998, que incluyen:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la cual se hizo una mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis (mama artificial) y tratamiento de las complicaciones físicas que se produzcan en todas las etapas de la mastectomía, incluso los linfedemas (hinchazón).

Usted y su médico determinarán el plan adecuado para tratar su afección. Estos beneficios se darán con los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por su plan de salud. Consulte su documento de beneficios para obtener más detalles o llame a Servicios para el afiliado al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Aviso de servicios de salud mental o conductual y trastornos por abuso de sustancias

La ley de Maryland requiere que las compañías de seguros de salud proporcionen información específica sobre los beneficios de salud mental o salud conductual y abuso de sustancias trastornos a sus afiliados inscritos en planes individuales de Maryland o grupos totalmente asegurados de Maryland; sin embargo, esta información debe ser útil para todos los afiliados.

Los afiliados pueden visualizar los beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias por Internet. Para ello, inicie sesión en Mi cuenta en **carefirst.com/myaccount**. Si no se ha registrado, siga los pasos que se indican en línea. Una vez que haya iniciado sesión, ingrese a la pestaña *"Coverage"* (Cobertura) que aparece en la parte superior de la página y seleccione *"Benefits Details"* (Detalles de beneficios). Los beneficios que se muestran solo reflejan los beneficios actuales.

Los beneficios de salud mental o conductual y trastorno por abuso de sustancias cumplen con las leyes de Maryland o la legislación federal, y pueden variar según si usted contrata su plan o tiene un plan por medio de su empleador.

Si requiere información adicional sobre los beneficios de salud mental o salud conductual y trastorno por abuso de sustancias según lo exigen las leyes de Maryland, comuníquese con la Administración de Seguros de Maryland (MIA) por Internet en **insurance.maryland.gov** o llame al 410-468-2000. Si desea escribir a la MIA, la dirección es 200 St. Paul Place, Suite 2700, Baltimore, MD 21202.

NOTA: Podrá autorizar a CareFirst por escrito a compartir su información de salud mental o conductual con un tercero, por ejemplo, un integrante de su familia, empleador, abogado, agente o parte no relacionada; para ello, deberá completar y presentar un formulario de autorización. Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado para solicitar un formulario de Autorización para divulgación de información. Recibirá el formulario por correo estándar dentro de los diez días hábiles después de que CareFirst reciba la solicitud.

Visitas a domicilio

CareFirst brinda cobertura de las visitas a domicilio a los afiliados que se someten a la extirpación quirúrgica de un testículo. La cobertura incluye una visita a domicilio dentro de las 24 horas siguientes al dar de alta del hospital o de paciente ambulatorio y una visita a domicilio adicional si así lo indica el médico del afiliado.

Para ser elegible, el afiliado debe estar en el hospital menos de 48 horas o el procedimiento se debe realizar de forma ambulatoria. Este aviso sobre la cobertura rige únicamente para las pólizas vendidas a empresas y personas en Maryland. Consulte su documento de beneficios para determinar si es elegible.

Aviso de aumento de tarifas propuestas

Las leyes de Maryland requieren que las compañías de seguros de salud, las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y los planes de servicio de salud sin fines de lucro presenten sus tarifas y soliciten su aprobación de la Administración de Seguros de Maryland (MIA) antes de que estas entren en vigencia.

Las tarifas propuestas están publicadas en el sitio web de la MIA en **insurance.maryland.gov**.

Una vez que los aumentos de las tarifas propuestas se publican, los consumidores de Maryland cuentan con un periodo de revisión pública de treinta días para enviar comentarios por el sitio web de la MIA. Una vez que la MIA completa su proceso de revisión y toma una decisión final sobre las presentaciones de tarifas, se publica un resumen de los resultados en su sitio web.

NOTA: las tarifas propuestas del plan Federal BlueChoice se negocian directamente con la Oficina de Administración del Personal.

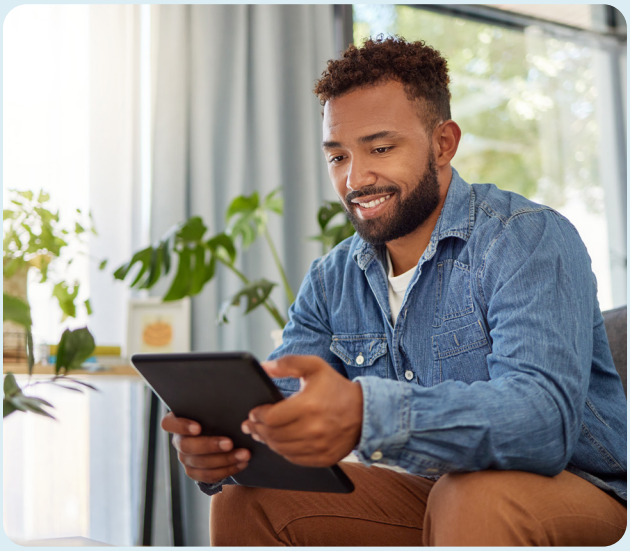
ASISTENCIA DE COMUNICACIONES

Asistencia en idioma y comunicación

Si tiene problemas para entender el idioma inglés, dígaselo al representante cuando llame a Servicios para el Afiliado y un traductor que hable su idioma preferido se unirá a la llamada. Podemos brindarle información sobre sus beneficios y cómo acceder a los servicios médicos, y responderle cualquier otra pregunta.

Si tiene algún impedimento de la audición o el lenguaje, marque 711 para realizar una llamada a Servicios para el Afiliado.

Si necesita ayuda para comunicarse con su(s) proveedor(es) en una cita en persona, puede llamar a Servicios para el afiliado al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado y lo comunicaremos con un traductor. Este servicio no tiene cargo adicional para usted ni para su(s) proveedor(es).



¿Necesita registrarse en Mi Cuenta?

Registrarse es rápido y fácil.
¡Solo demorará unos pocos minutos!

Vaya a **carefirst.com/myaccount** y seleccione Registrarse ahora. Luego, siga los pasos para completar su registro.

Con Mi Cuenta, tendrá acceso seguro en línea a herramientas e información personalizadas solo para usted, de día o de noche.

Para registrarse, necesitará:

- Número de identificación del afiliado.
- Los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Fiscal (TIN)

Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de ayuda con el idioma

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits y todas sus filiales corporativas (denominadas en su conjunto "CareFirst") cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan en función de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. CareFirst no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, alguna incapacidad o el sexo.

CareFirst:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas que tienen alguna incapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese al 855-258-6518.

Si considera que CareFirst no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst está a su disposición para ayudarlo.

Para presentar una queja sobre alguna violación de los derechos civiles federales, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles según se indica a continuación. No envíe pagos, consultas sobre reclamaciones u otra documentación a esta oficina.

Coordinador de Derechos Civiles, Oficina Corporativa de Derechos Civiles

Domicilio postal	P.O. Box 14858 Lexington, Kentucky 40512
Dirección de correo electrónico	civilrightscoordinator@carefirst.com
Número de Teléfono	410-528-7820
Número de Fax	410-505-2011

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento de servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica por medio del portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, que **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**podrá encontrar en:

Departamento de Salud de Salud de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Ayuda con el idioma extranjero

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

ማሳሰቢያ (Amharic)፦ ይህ ማሳወቂያ ስለ ኢንሹራንስ ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ቁልፍ ቀኖችን ሊይዝ ይችላል እና በተወሰኑ የግዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ሊኖርብዎ ይችላል። ይህን መረጃ እና እገዛ ያለ ምንም ወጪ በቋንቋዎ የማግኘት መብት አለዎት። አባላት በአባላት መታወቂያ ካርዳቸው ጀርባ ወዳለው ስልክ ቁጥር መደወል አለባቸው። ሌሎች በሙሉ ወደ 855-258-6518 በመደወል 0ን እንዲጫኑ እስኪጠየቁ ድረስ ምልልሱን መጠበቅ ይችላሉ። አንድ ወኪል ሲመልስ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ይግለጹ እና ከአስተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።

انتبه (Arabic): يحتوي هذا الإشعار على معلومات حول تغطيتك التأمينية. قد يحتوي على تواريخ رئيسية وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراء بحلول مواعيد نهائية معينة. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. يجب على الأعضاء الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هوية العضوية الخاصة بهم. يمكن للآخرين الاتصال بالرقم 855-258-5618 والانتظار طوال الحوار حتى يُطلب منهم الضغط على الرقم 0. عندما يجيبك أحد الوكلاء، حدد اللغة التي تحتاجها وسيتم توصيلك بمترجم فوري.

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

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

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

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

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

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

Leruoanya (Igbo): ọkwà a nwere ozi bànyéré mkpuchi megide ihe mberede gị. Ọ nwere ike inwe ụbọchị ndi dị óké ḿkpà ma o nwekwara ike idị mkpa ka imee ihe tupu oge ụfọdụ agafee. Inwere ikike inweta ozi a ya na enyemaka na asụsụ gị n'akwụghị ụgwọ ọbụla. Ndi òtù ga akpọ ọnụọgụgụ ekwenti dị na àzụ́ ḱáàdị njirimara ndi òtù ha. Ndi ọ̀zọ́ nile nwere íke ịkpọ 855-258-6518 ma chere geruo mkpariṭa ụka ruo mgbe asi ha pịa 0. Mgbe onye ozi zara,kwuo asụsụ ichọrọ, a ga ejikota gi na onye ntughari asụsụ.

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

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

Baa'ákonínízin (Navajo): Díí bee iłh hane'í béeso nich'ą́ąh naa'nil bee nik'é'asti'í bódahólníihgo bee baa dahane'í biyi'. Dayoołkáłí dóó bee ida'ii'aahí háídíí shíį t'áá bich'į'jį' ha'át'íishíį ádadiiliiłígíí biyi'. Díí bee baa dahane'í dóó t'áá jiik'eh nizaad bee nika'e'eyeedgo bee ná'ahoot'i'. Bił hada'dít'éhí binaaltsoos nitł'izhí bee béédahóziní bąąh béésh bee hane'í námboo biká'ígíí yee dahalne' dooleeł. Nááná ła' 855-258-6518 yee dahalne' dóó yáłti'í biba' asdáago niléí ó bił adílchíid hodoo'niidjį'. Naalnishí haadzíį'go, saad nínízinígíí bee bił hodíilnih dóó ata' yáłti'í bich'į' ni'doolnih.

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

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

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

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

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

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

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

توجہ (Urdu): اس نوٹس میں آپ کی انشورنس کوریج کے بارے میں معلومات شامل ہیں۔ اس میں کلیدی تاریخیں شامل ہو سکتی ہیں اور آپ کو کچھ آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ آپ کو یہ معلومات اور مدد اپنی زبان میں، بغیر کسی قیمت کے حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے رکنیتی کارڈ کی پشت پر دئے گئے فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ باقی تمام لوگ *855-258-6518* پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبانے کا اشارہ ملنے تک ڈائیلاگ پر انتظار کرنا چاہئیے۔ جب کوئی ایجنٹ جواب دیتا ہے تو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور آپ کا رابطہ ایک مترجم سے کر دیا جائے گا۔

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

CareFirst
La familia de planes de salud

IMPRESORA A PROPORCIONAR



Su equipo de atención médica en cualquier lugar

Atención híbrida personalizada, disponible cuando y donde la necesites. Desde necesidades urgentes hasta el bienestar a largo plazo, nuestro equipo habilitado de proveedores está aquí para ayudarte.

ESCANEAR PARA COMENZAR