

2026

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Vigente desde 1 de enero de 2026 hasta 31 de diciembre de 2026

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

Y0154_H8854_MA03617_M_SPN

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) ofrecido por CareFirst Advantage, Inc. (que opera en nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Dual Special Needs Plan)

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en el planCareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos. En la *Evidencia de cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas. Obtenga una copia en www.carefirstmddsnp.com o llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Según la norma final CMS-4205-F publicada el 4 de abril de 2024, §§ 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares que, como mínimo, establezca que nuestro plan proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares apropiados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieren ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.
- Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711 para obtener más información). El horario de atención es 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, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., HORA del este, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: el 31 de agosto de 2026)

- Llame a Servicios para Miembros para obtener información útil de nosotros de manera que funcione para usted. También podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

- CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Maryland Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- En este documento, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a CareFirst Advantage, Inc.. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. A partir del 1° de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.

Índice

Resumen de los costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7
Sección 1.1 Cambios en el Plan de prima mensual 7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 15
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados 16

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 19

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 20
Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan 21
Sección 3.2 ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer el cambio? 21

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados 21

SECCIÓN 5 ¿Alguna pregunta? 23
Sección 5.1 Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime ... 23
Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 23
Sección 5.3 Obtenga ayuda de Medicare 24
Sección 5.4 Obtenga ayuda de Medicaid 24

Resumen de los costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan * * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	$40.30	**$0.00**
Deducible	$257, excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar $0.	**$257, excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.** **Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar $0.** **Estos son los montos de costos compartidos de 2025 y podrían cambiar para 2026. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo 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 más detalles).	$8,850 Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos	**$8,850** **Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.	**de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.**
Visitas de atención primaria al consultorio	Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 por visita.	**Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita.** **Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 por visita.**
Visitas al consultorio del médico especialista	Visitas a un especialista: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 por visita.	**Visitas a un especialista: 20% de coseguro por visita.** **Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0 por visita.**
Hospitalizaciones Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención en un hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado.	Días 1 a 60: Deducible de $1,676. Días 61 a 90: $419 por día. Días 91 a 150: $838 por Día de Reserva de por Vida. Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0.	**Días 1 a 60: Deducible de $1,676.** **Días 61 a 90: $419 por día.** **Días 91 a 150: $838 por Día de Reserva de por Vida.** **Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga $0.** **Estos son los montos de costos compartidos de 2025 y podrían cambiar para 2026. CareFirst BlueCross BlueShield**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles.)	$590 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D	**$615 para los niveles 3 a 5 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D**
Cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D (Consulte la sección 1.6 para obtener más detalles).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: En 2025, DualPrime tenía un formulario de un nivel. Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es el siguiente: 25% del costo total del medicamento. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Nunca pagará más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.	**Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Nivel 1 - Genérico preferido:** **Usted paga $0 por receta médica.** **Nivel 2 - Genérico:** **Usted paga $0 por receta médica.** **Nivel 3 - Marca preferido:** **Usted paga el 25% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.** **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** **Usted paga el 25% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. **Nivel 5 - Nivel de especialidad:** **Usted paga el 25% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba.**
	Etapa de cobertura en caso de catástrofe: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	**Etapa de cobertura en caso de catástrofe:** • **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en el Plan de prima mensual

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted).	$40.30	**$0.00**

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	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo de bolsillo. 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. 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.	$8,850	**$8,850** **Una vez que haya pagado $8,850 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Consulte el Directorio de proveedores de 2026 https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de 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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* 2026 https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html para conocer las farmacias que están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 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.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Línea directa de enfermería disponible 24/7	$0 de copago	**La línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, no está cubierta. Los miembros deben concertar citas con su**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		médico de atención primaria o buscar ayuda en un centro de atención de urgencia.
Saldo disponible	Cuando se debe realizar una recarga, revisamos su historial de recargas durante los 180 días anteriores para determinar si tiene medicamentos adicionales disponibles. Si lo hace, ajustamos el tiempo de recarga para eliminar cualquier posible escasez de medicamentos.	**Cuando se deba realizar una recarga, revisaremos su historial de recargas durante los 365 días anteriores para determinar si tiene medicamentos adicionales a mano. Si lo hace, podemos ajustar el tiempo de recarga para eliminar cualquier posible escasez de medicamentos.**
Ajuste de lentes de contacto corneales	El ajuste de lentes de contacto para lentes corneales no está cubierto.	**Los accesorios de lentes de contacto para lentes de córnea no representan ningún costo.**
Suministros para diabéticos: cobertura preferida	Se prefirieron los productos para diabéticos Accu-Chek y OneTouch en una farmacia de la red. Para otros medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas, póngase en contacto con su proveedor de DME.	**Se prefieren los productos True Metrix y Accu-Chek en las farmacias de la red. Para otros medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas, póngase en contacto con su proveedor de DME.**
Suministros para diabéticos: límites de cantidad	No se realizaron revisiones de límites de cantidad para ciertos suministros para diabéticos de la Parte B, como el dispositivo de monitoreo continuo de glucosa (mcg).	**Podemos aplicar límites de cantidad para ciertos suministros para diabéticos de la Parte B. Si la solicitud excede los límites de cantidad, se puede requerir una revisión.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Acondicionamiento físico	El beneficio de acondicionamiento físico no estaba cubierto.	**Copago de $0 por cada beneficio de acondicionamiento físico virtual o en persona de SilverSneakers.**
Programas intensivos para pacientes ambulatorios	Los programas intensivos para pacientes ambulatorios no están cubiertos.	**Los programas intensivos para pacientes ambulatorios son una nueva categoría de servicio cubierta por Medicare. Los programas intensivos para pacientes ambulatorios ofrecen un nivel de atención para afecciones de salud mental (incluidos los trastornos por uso de sustancias) entre la terapia o asesoramiento tradicional una vez a la semana y la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o hospitalización parcial.**
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 de su plan 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 de su plan para estar al día durante todo el año.**
Cambios en la autorización previa	Estos beneficios requieren autorización previa: Hospitalización hospitalaria aguda, hospital hospitalario psiquiátrico, centro de enfermería especializada, hospitalización parcial,	**Estos servicios ya no requieren autorización previa: Sesiones grupales para servicios especializados en salud mental - Otros profesionales de la salud - Sesiones individuales y**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	servicios de salud domiciliaria, servicios quiroprácticos - Medicare, servicios de terapia ocupacional, sesiones individuales y grupales para servicios especializados en salud mental, sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos, otro profesional de la salud - Medicare, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, servicios de rayos X para pacientes ambulatorios - Medicare, servicios del programa de tratamiento de opiáceos, procedimientos/pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios de observación, centro quirúrgico ambulatorio (ASC), zapatos/insertos terapéuticos para diabéticos - Medicare, tecnologías de acceso remoto (incluidas tecnologías basadas en web/teléfono y línea directa de enfermería) - servicios no médicos, servicios dentales de Medicare - servicios no	**grupales para servicios psiquiátricos - Servicios del programa de tratamiento de opiáceos - Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios - Servicios de observación - Sesiones individuales y grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios - Zapatos/insertos terapéuticos para diabéticos - Servicios de diálisis - Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño - Terapia de nutrición médica - Prevención de reingreso - Gafas cubiertas por Medicare**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	médicos, gafas - Medicare, servicios de ambulancia terrestre y aérea, equipos médicos duraderos (DME), dispositivos protésicos, suministros médicos, servicios de diálisis, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño, terapia de nutrición médica, prevención de remisión, medicamentos de insulina de Medicare, medicamentos de la parte de quimioterapia/radiación de Medicare, otros medicamentos de la parte B, gafas de Medicare	
Cambios en afecciones crónicas que califican	• Dependencias crónicas del alcohol y otras drogas (SUD) • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal	• Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD) • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	• Trastornos hematológicos graves • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular • Bajo peso, sobrepeso, obesidad • Discapacidad física crónica	• Enfermedad gastrointestinal crónica • Enfermedad Renal Crónica (CKD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular • Posterior a un trasplante de órganos • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Afecciones con desafíos funcionales • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		• Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento • Bajo peso crónico
Transporte	32 viajes de ida o de vuelta.	**54 viajes de ida o de vuelta.**

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos 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. **Puede obtener una Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a una categoría diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá restricciones, o si su medicamento ha pasado a una categoría diferente de costos compartidos.**

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. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

¿Recibe usted "Ayuda Adicional" (Extra Help) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

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*, en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **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.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de su marca preferida, medicamento de marca no preferido y medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  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. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en el año alcanzan $2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura en caso de catástrofe***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuento para el período sin cobertura ha sido 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.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	El deducible es de $590. Si es elegible para la "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de $0.	**El deducible es de $615 para los niveles 3 a 5.** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costos compartidos por los medicamentos de la Categoría 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en las Categorías 3 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.** **Si es elegible para la "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare, su deducible de la Parte D será de $0.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin ningún costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre costos o recetas con envío por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

Una vez que usted paga $2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Categoría 1: genéricos preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.	En 2025, DualPrime tenía un formulario de un nivel. 25% del costo total del medicamento. Sin embargo, es posible que	**$0 de copago por receta**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Nunca pagará más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	
Categoría 2: genéricos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	En 2025, DualPrime tenía un formulario de un nivel. 25% del costo total del medicamento. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Nunca pagará más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**$0 de copago por receta**
Categoría 3: de marca preferida Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	En 2025, DualPrime tenía un formulario de un nivel. 25% del costo total del medicamento. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Nunca pagará más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**25% del costo total del medicamento recetado. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Categoría 4: medicamentos de marca no preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	En 2025, DualPrime tenía un formulario de un nivel. 25% del costo total del medicamento. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Nunca pagará más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**25% del costo total del medicamento recetado. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Categoría 5: medicamentos especializados Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	En 2025, DualPrime tenía un formulario de un nivel. 25% del costo total del medicamento. Sin embargo, es posible que pague menos dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Nunca pagará más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**25% del costo total del medicamento recetado. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**

Cambios a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicare Prescription Payment Plan	El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que comenzó este año y puede	**Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que participes en esta opción de pago.	**plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** **Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

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

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- **Para cambiarse a Medicare Original con un plan de cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, lea la *guía Medicare y Usted 2026*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 6) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). No olvide que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Dual Special Needs Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costo compartido.

Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer el cambio?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tiene Medicaid
- Recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos
- Tiene o dejará de tener cobertura del empleador
- Se muda fuera del área de servicio de su plan

Debido a que tiene Medicaid, usted puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - Medicare Original 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 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 de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Se encuentran disponibles diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los

costos de medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 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 (SPAP).** 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 afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para costos compartidos de los medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el VIH que pueden salvar sus vidas. Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado, y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia para costos compartidos 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 Medicare Part D o el número de póliza.
- **Medicare Prescription Payment Plan.** El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **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 su SPAP y ADAP, para quienes califican, le ofrece más ventajas que la participación en el Medicare Prescription Payment

Plan. Todos los miembros son elegibles para participar en el Medicare Prescription Payment Plan, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Alguna pregunta?

Sección 5.1 Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

- **Llame a Servicios para Miembros al** 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762. **(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, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., HORA del este, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2026**

  En este *Aviso anual de cambios* se proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2026 paraCareFirst 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. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com o llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762 (los usuarios de TTY llaman al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.carefirstmddsnp.com**

  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 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (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.

Llame a State Health Insurance Assistance Program para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro médico. También pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o al número gratuito 800-243-3425. Obtenga más información sobre State Health Insurance Assistance Program visitando https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx.

Sección 5.3 Obtenga ayuda de Medicare

- **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.

- **Chatear en vivo con www.Medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escribir a Medicare**

  También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calificación de calidad con estrellas, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

  El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo postal a las personas con Medicare todos los años en otoño. 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. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.4 Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a Maryland Medical Assistance (Medicaid) al 410-767-5800 o al número gratuito 800-456-8900. Usuarios de TTY 711 *para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios*.