CareFirst Medicare Advantage

2026

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

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 PPO, 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_H7379_MA03621IND_M_SPN

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) ofrecido por CareFirst Advantage PPO, Inc. (que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage)

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para 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 plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete.
- 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 cambios. En la *Evidencia de Cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas. Obtenga una copia en www.carefirst.com/medicareadvantage o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuario de TTY pueden 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 en los 15 idiomas más hablados por las 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 833-536-2001 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). El horario 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.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

- Para que le brindemos información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros. También podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete

- CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.
- En este material, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a CareFirst Advantage PPO, Inc.. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete. A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos mediante CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos 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 6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 6
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 11
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados 12

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 14

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes 16
Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de planes 16
Sección 3.2 ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer el cambio? 16

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados 17

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 18
Sección 5.1 Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete ... 18
Sección 5.2 Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare 19
Sección 5.3 Obtener ayuda de Medicare 19

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.	$42.00	**$42.00**
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).	De proveedores dentro de la red: $7,300 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $12,300	**De proveedores dentro de la red: $7,300** **De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $12,300**
Visitas al consultorio de atención primaria	$0 de copago por visita	**$0 de copago por visita**
Visitas al consultorio del especialista	$35 de copago por visita	**$35 de copago por visita**
Hospitalizaciones Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. 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.	$350 de copago por día durante los días del 1 al 5	**$385 de copago por día durante los días del 1 al 5**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles).	$0	**$0**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Por un suministro de hasta 30 días: Nivel 1 - Genérico preferido: Usted paga $0 por receta. Nivel 2 - Genérico: Usted paga $10 por receta. Nivel 3 - Marca preferida: Usted paga $47 por receta. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga el 40% del costo total. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Nivel 5 - Nivel de especialidad: Usted paga el 33% del costo total. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Etapa de cobertura en caso de catástrofe: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Nivel 1 - Genérico preferido:** **Usted paga $0 por receta.** **Nivel 2 - Genérico:** **Usted paga $5 por receta.** **Nivel 3 - Marca preferida:** **Usted paga $47 por receta.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.** **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** **Usted paga el 40% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.** **Nivel 5 - Nivel de especialidad:** **Usted paga el 33% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.** **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 la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Part B).	$42.00	**$42.00**

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: la prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no contar, durante 63 días o más, con otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”).
- Recargo por mayores ingresos: si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al Gobierno un monto adicional mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- “Ayuda Adicional” (Extra Help): su prima mensual del plan será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos. Consulte la Sección 1 para obtener más información sobre la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.

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 pagado 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 calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) proporcionados por proveedores dentro de la red **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.	$7,300	**$7,300** **Una vez que haya pagado $7,300 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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nuestra prima del plan y sus costos por medicamentos recetados **no cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo.		**proporcionados por proveedores dentro de la red por el resto del año calendario.**
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) proporcionados por proveedores dentro y fuera de la red **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Su prima del plan y los costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios **no cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.	$12,300	**$12,300** **Una vez que haya pagado $12,300 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 proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red 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. Revise el *Directorio de Proveedores* 2026 https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.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 www.carefirst.com/medicareadvantage.
- Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información del proveedor actualizada o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

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/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.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 www.carefirst.com/medicareadvantage.
- Llame a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (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 los farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	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 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	**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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	lo hace, ajustamos el tiempo de recarga para eliminar cualquier posible escasez de medicamentos.	**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.**
Servicios de emergencia	$100 de copago	**$110 de copago**
Evaluación en el hogar	Home Assessment fue un beneficio complementario.	**Home Assessment será un programa proporcionado por el plan.**
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	$350 de copago por día durante los días del 1 al 5	**$385 de copago por día durante los días del 1 al 5**
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**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		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: Servicios de Rehabilitación Cardíaca, Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva, Servicios de Rehabilitación Pulmonar, Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) para Servicios de PAD, Servicios Quiroprácticos de Rutina - No-Medicare, Servicios de Podología - Medicare, Servicios de Podología: Cuidado del pie de rutina - No médico, Otro profesional de la salud - Medicare, Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios - Medicare,	**Estos beneficios ya no requieren autorización previa: Servicios de Rehabilitación Cardíaca, Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva, Servicios de Rehabilitación Pulmonar, Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) para Servicios de PAD, Servicios Quiroprácticos de Rutina - No-Medicare, Servicios de Podología - Medicare, Servicios de Podología: Cuidado de los pies de rutina - No-Medicare, Otro profesional de la salud - Medicare, Servicios de**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Zapatos/Insertos terapéuticos para diabéticos - Medicare, Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en web/teléfono y la línea directa de enfermería) - No médico, Servicios dentales de Medicare - No médico, Gafas - Medicare	**rayos X para pacientes ambulatorios - Medicare, Zapatos/Insertos terapéuticos para diabéticos - Medicare, - No-Medicare, Servicios dentales de Medicare - No-Medicare, Gafas - Medicare**
Transporte	10 viajes de ida o de vuelta.	**32 viajes de ida o de vuelta.**
Servicios requeridos urgentemente	$20 de copago por servicios en persona que se necesitan con urgencia; $0 de copago por servicios virtuales.	**$10 de copago por servicios en persona que se necesitan con urgencia; $0 de copago por servicios virtuales.**

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 la Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicareadvantage).

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 calendario. 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 la persona que realiza la receta 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 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

¿Recibe "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 material adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben "Ayuda Adicional" (Extra Help) para pagar los 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, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Existen **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 Coverage Gap Discount ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

  No tenemos un deducible, por lo tanto, esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

  En esta etapa, nuestro 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 Coverage Gap Discount también será reemplazado por el Programa Manufacturer Discount. Según el Programa Manufacturer Discount, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro 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 Manufacturer Discount 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	Debido a que no tenemos un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	**Debido a que no tenemos un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

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. 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 los costos del suministro a largo plazo 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 cubiertos 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. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	$0 de copago por receta	**$0 de copago por receta**
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.	$10 de copago por receta	**$5 de copago por receta**
Categoría 3: de marca preferida Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.	$47 de copago por receta	**$47 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.		
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.	Usted paga 40% del costo total	**Usted paga 40% del costo total**
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.	Usted paga 33% del costo total	**Usted paga 33% del costo total**

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

Descripción	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Dirección de envío de reclamaciones médicas para proveedores del área de servicio de CareFirst	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Provider Medical Claims Submission P.O. Box 4485 Scranton, PA 18505	**CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage** **Provider Medical Claims Submission** **P.O. Box 14063** **Lexington, KY 40512**

Descripción	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Dirección de Servicios para Miembros	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505	**CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage** **Attention: Member Services Department** **P.O. Box 915** **Owings Mills, MD 21117**
Número de fax de Servicios para miembros	855-215-6947	**844-961-0696**
Dirección de quejas sobre atención médica	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Appeals and Grievances P.O. Box 3626 Scranton, PA 18505	**CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage** **Attention: Appeals & Grievances Department** **P.O. Box 915** **Owings Mills, MD 21117**
Dirección de correspondencia de la solicitud de pago	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Claims P.O. Box 4495 Scranton, PA 18505	**CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage** **Attention: Member Claims Reimbursement** **P.O. Box 915** **Owings Mills, MD 21117**
Plan Medicare Prescription Payment	El Plan Medicare Prescription Payment es una opción de pago que comenzó este año y puede 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 participe en esta opción de pago	**Si participa en el Plan Medicare Prescription Payment y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** **Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Para continuar en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete, no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente permanecerá inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete.

Si quiere cambiar de planes 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 Complete.
- **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 Complete.
- **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 833-536-2001 (los usuarios de TTY pueden llamar 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 pueden 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, revise el manual Medicare y Usted 2026, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costo compartido.

Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de planes

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **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. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid.

- Reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos.
- Tienen o dejarán de tener cobertura del empleador.
- Se mudaron fuera del área de servicio de nuestro 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 Obtener 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 podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) a fin de pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán una multa por inscripción tardía. Para verificar si califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deberán 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 AIDS (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/AIDS que cumplen los requisitos para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el VIH que pueden salvar sus vidas. Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, debe 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 de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda de la distribución de costos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program o DC 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, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a Maryland AIDS Drug Assistance Program al 410-767-6535 o al número gratuito 800-205-6308 o a DC AIDS Drug Assistance Program al 202-671-4815. Cuando llame, asegúrese de indicar su plan de Medicare Part D o el número de póliza.
- **Plan Medicare Prescription Payment.** El Plan Medicare Prescription Payment es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de desembolso directo de 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 Plan Medicare Prescription Payment. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan Medicare Prescription Payment. Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Sección 5.1 Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas De 8 a. m. a 8 p. m., hora del ESTE los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, 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 de* 2026 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete*.* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro 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.carefirst.com/medicareadvantage o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY pueden llamar a 711) para pedirnos que le enviemos por correo una copia.

Visite www.carefirst.com/medicareadvantage

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 5.2 Obtener 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, SHIP se llama State Health Insurance Assistance Program y en Washington D.C., SHIP se llama Health Insurance Counseling Project.

Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguros de salud.
Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes Medicare y responder las preguntas que tenga acerca de un posible cambio de plan. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos al 410-767-1100 o al número gratuito 800-243-3425 (Maryland) o al 202-727-8370 (Washington D.C.). Obtenga más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos visitando https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx (Maryland) o https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling (Washington D.C).

Sección 5.3 Obtener 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

  Puede chatear en vivo mediante 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 los costos, la cobertura y el sistema de calificación de calidad con estrellas, lo que lo ayudará a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.