CareFirst Medicare Advantage

2026 Resumen de beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

H7379-002

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

- Llame al 833-536-2001 (TTY:711)
- De 8 a. m. a 8 p. m., hora del ESTE los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre

www.carefirst.com/medicareadvantage

Resumen de beneficios 2026

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

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.

La información sobre beneficios proporcionada no menciona cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener la lista completa de servicios que cubrimos, consulte el documento "Evidencia de Cobertura" o consiga una copia en línea en **www.carefirst.com/medicareadvantage**.

Este plan tiene un Directorio de proveedores para todos los proveedores de la red al que se puede acceder a través de **www.carefirst.com/medicareadvantage**.

¿Quién es elegible para nuestros planes?

Toda persona que reúna los requisitos para la Parte A de Medicare, que esté inscrita en la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicio. El área de servicio de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage incluye los siguientes condados de Maryland: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Queen Anne's, St. Mary's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico, Worcester y el Distrito de Columbia.

Conozca sus opciones

Las opciones de beneficios de Medicare están disponibles a través de Medicare Original, que está administrada por el gobierno federal. Otra opción es inscribirse en los beneficios de Medicare a través de un plan de salud de Medicare Advantage como CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. La herramienta "Plan Finder" (Buscador de planes) de Medicare está disponible en **medicare.gov**. Además, puede consultar el manual "Medicare y Usted" gratis en el mismo sitio web. Los manuales impresos están disponibles según pedido, para solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

Farmacia

Por lo general, debe usar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Puede ver el directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web **www.carefirst.com/medicareadvantage**. O, llámenos y le enviaremos una copia del directorio de farmacias.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información, comuníquese con nosotros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos al **www.carefirst.com/medicareadvantage**.

Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	$42	
Deducible	$0	
Responsabilidad del monto máximo de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	$7,300	$12,300 (combinado con dentro de la red)
Cobertura de hospitalización		
Cobertura de hospitalización cubierta por Medicare[1]	$385 de copago por los días 1 a 5; $0 de copago por los días 6 a 90. Nuestro plan cubre 90 días para cada hospitalización cubierta por Medicare. Se aplica reserva de por vida.	40% de coseguro
Cobertura de hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare[1]	$250 de copago por los días 1 a 5; $0 de copago por los días 6 a 90	40% de coseguro
Cobertura de hospitalización para paciente ambulatorio		
Cobertura de hospitalización para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, incluida cirugía[1]	$275 de copago	40% de coseguro
Servicios de observación en hospitalización para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare[1]	$275 de copago	40% de coseguro
Centro de cirugía ambulatoria (ASC) cubierto por Medicare[1]	$185 de copago	40% de coseguro
Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)		
Proveedores de atención primaria (PCP) cubiertos por Medicare	$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de especialistas cubiertos por Medicare	$35 de copago	40% de coseguro
Atención preventiva cubierta por Medicare	$0 de copago	40% de coseguro

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de emergencia cubierta por Medicare	$110 de copago	$110 de copago
Servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare	$0 de copago por visita virtual; $10 de copago por visita en consultorio	
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes		
Procedimientos y pruebas cubiertos por Medicare[1, 2]	$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare[1, 2]	$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de diagnóstico por imágenes (p. ej., CT, MRI) cubiertos por Medicare[1]	$175 de copago	40% de coseguro
Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare[1]	$80 de copago	40% de coseguro
Radiografías cubiertas por Medicare	$20 de copago	40% de coseguro
Servicios de audición		
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare	$20 de copago	40% de coseguro
Exámenes de audición de rutina	$0 una vez al año	40% de coseguro
Audífonos	Nivel de entrada: $400 Básico: $575 Primer nivel: $875 Preferido: $1,175 Avanzado: $1,475 Premium: $1,875	

Resumen de beneficios 2026

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales		
Atención dental integral cubierta por Medicare	$40 de copago	40% de coseguro
Atención dental preventiva	Cobertura dental de rutina: Servicios dentales preventivos (exámenes bucales, profilaxis, radiografías dentales y tratamiento con flúor): $0 de copago	40% de coseguro
Cobertura dental integral adicional Se puede requerir una revisión médica para los servicios dentales no preventivos.	$1,500 de asignación anual para servicios dentales integrales	40% de coseguro
Servicios de la visión		
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo cubierto por Medicare	$20 de copago	40% de coseguro
Prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare	$0 de copago	40% de coseguro
Anteojos o lentes de contacto, posterior a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare	$0 de copago	40% de coseguro
Examen de ojo diabético cubierto por Medicare	$0 de copago	40% de coseguro
Examen de la vista de rutina	$0 de copago una vez por año	40% de coseguro

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Asignación para artículos para la visión	**Cobertura adicional para artículos para** la visión: Artículos para la visión (marcos y cristales): $10 de copago para cristales de anteojos ■ Los marcos exclusivos adquiridos de la colección exclusiva de Davis Vision tendrán cobertura en su totalidad a través de nuestro proveedor. ■ $200 de asignación para cualquier otro marco al año. ■ Los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares tienen $10 de copago al año por cada tipo de lente. Lentes de contacto (médicos y opcionales): ■ si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision. ■ $250 de asignación para lentes de contacto opcionales al año. ■ La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto tienen un máximo de $60 de copago. Los servicios de rutina/no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).	40% de coseguro; $200 de máximo
Servicios de salud mental		
Visitas individuales al consultorio cubiertas por Medicare	$5 de copago	40% de coseguro

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas colectivas al consultorio cubiertas por Medicare	$5 de copago	40% de coseguro
Otros beneficios y servicios médicos		
Centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare[1]	$0 para los días 1 a 20, $180 para los días 21 a 100	40% de coseguro
Fisioterapia cubierta por Medicare[1]	$5 de copago	40% de coseguro
Servicio de ambulancia por tierra cubierto por Medicare[3]	$200 de copago	40% de coseguro
Servicio de ambulancia por aire cubierto por Medicare[3]	$200 de copago	40% de coseguro
Transporte de rutina	$0 de copago por 32 viajes de un solo tramo con un proveedor aprobado por el plan	
Medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare[1] *No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar la categoría de costos compartidos en que se encuentre.*	De 0 a 20% de coseguro	40% de coseguro

1 Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.
2 La mayoría de los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización previa.
3 Puede requerirse autorización previa para los servicios que no son de emergencia.

Parte D

Beneficios de medicamentos recetados	
Deducible anual para medicamentos recetados	Este plan no tiene un deducible de medicamentos recetados. Su cobertura comienza en la Etapa de cobertura inicial.
Etapa de cobertura inicial	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo y usted paga su copago o coseguro. Generalmente,

Beneficios de medicamentos recetados	
	usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año a la fecha alcanzan $2,100. Luego pasa a la Etapa catastrófica.
Cobertura en caso de catástrofe	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Cobertura para residente en un centro de atención a largo plazo	Si usted vive en un centro de atención a largo plazo y obtiene sus medicamentos en la farmacia de dicho centro, paga los mismos copagos que por las recetas de 30 días en una farmacia minorista.

Beneficios de medicamentos recetados		
Categoría	**Costos compartidos en farmacias minoristas estándar** (suministro de 30 días)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de 30 días)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 - Medicamentos genéricos	$5 de copago	$5 de copago
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos	$47 de copago	$47 de copago
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos	40% de coseguro	40% de coseguro
Categoría 5 - Medicamentos especializados	33% de coseguro	33% de coseguro

Beneficios de medicamentos recetados		
Categoría	**Costos compartidos en farmacias minoristas estándar** (suministro de 60 días)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de 60 días)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 - Medicamentos genéricos	$10 de copago	$5 de copago
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos	$94 de copago	$47 de copago
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos	40% de coseguro	40% de coseguro
Categoría	(suministro de 100 días para las Categorías 1 a 3) (suministro de 90 días para la Categoría 4)	(suministro de 100 días para las Categorías 1 a 3) (suministro de 90 días para la Categoría 4)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 - Medicamentos genéricos	$15 de copago	$5 de copago
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos	$141 de copago	$47 de copago
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos	40% de coseguro	40% de coseguro

Beneficios adicionales	Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura de rutina	$10 de copago; 24 visitas por año	40% de coseguro
Examen físico anual	$0 de copago	40% de coseguro
Atención quiropráctica de rutina	$5 de copago; 12 visitas por año	40% de coseguro
Equipo médico duradero cubierto por Medicare (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)[1]	20% de coseguro	40% de coseguro

Beneficios adicionales	Dentro de la red	Fuera de la red
Dispositivos protésicos cubiertos por Medicare (p. ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)[1]	20% de coseguro	40% de coseguro
Acondicionamiento físico (SilverSneakers)	$0 de copago	
Artículos de venta libre (OTC)	$55 por trimestre	
Atención de los pies de rutina	$5 de copago, 12 visitas por año	40% de coseguro

1 Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.
2 La mayoría de los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización previa.
3 Puede requerirse autorización previa para los servicios que no son de emergencia.

CareFirst Medicare Advantage

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS:

©2025 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es la marca comercial registrada de NationsBenefits, LLC. Las demás marcas son propiedad de los propietarios respectivos.

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.

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.