CareFirst Medicare Advantage



2026

Guía de inscripción e información

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)
CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

PLANES DE CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD MEDICARE ADVANTAGE

Y0154_H7379_MA02488IND_M

What’s inside

1 ¡Le damos la bienvenida!
2 ¿Qué es Medicare Advantage?
3 Atención de la salud que es conveniente para usted
4 Nuestros planes Medicare Advantage
5 Obtenga más cuando elige CareFirst
8 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)
10 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)
12 Cobertura integral para medicamentos recetados de la Parte D
14 ¿Listo para inscribirse?
15 Qué esperar después de la inscripción
16 Recursos y formularios
19 Los 100 Principales Medicamentos Con Receta Médica
23 Lista de Verificación Previa a La Inscripción
25 Formulario de solicitud de inscripción individual
33 Formulario de Confirmación Sobre el Alcance de la Cita de Ventas
35 Notas

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

CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst) ha sido nombrada por el Ethisphere Institute como una de las **World’s Most Ethical Companies®** (Compañías más éticas del mundo) durante 13 años consecutivos.

Los nombres y las marcas “World’s Most Ethical Companies” y “Ethisphere” son marcas comerciales registradas de Ethisphere LLC.

¡Le damos la bienvenida!

Gracias por su interés en nuestro plan Medicare Advantage, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Essential (Organización de Proveedores Preferidos, PPO)** y CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete (PPO).** Decidir qué plan de Medicare es adecuado para usted es una decisión importante, y no debe apresurarse en tomarla.

Diseñamos un plan Medicare Advantage "todo en uno" para que pueda mantenerse saludable y, al mismo tiempo, controlar sus costos de atención médica. En este folleto, encontrará toda la información que necesita para inscribirse en un plan Medicare Advantage que funcione para usted.



Qué cubrimos:

- Aspectos básicos de Medicare Advantage
- Los beneficios de nuestros planes "todo en uno"
- Lista de los 100 principales medicamentos con receta
- Lista de verificación previa a la inscripción
- Solicitud

Estamos aquí para usted

Si tiene alguna pregunta del 1.º de octubre al 30 de marzo, 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 abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET).

Para obtener más información, visite **carefirst.com/medicareadvantage** o llame para programar una cita individual con un agente de ventas autorizado.

¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage, también conocido como la Parte C de Medicare, es un plan de salud aprobado por Medicare y ofrecido por compañías de seguros privadas como nosotros. Los planes Medicare Advantage agrupan la Parte A de Medicare (costos de hospital/instalaciones) y la Parte B de Medicare (costos de médicos/laboratorios/otros) con beneficios y servicios adicionales.

PARTE A + PARTE B + PARTE D + DENTAL + VISIÓN + AUDICIÓN + MÁS

Con un plan Medicare Advantage, usted obtiene:

Comodidad: todos sus beneficios de Medicare en un solo plan. Si alguna vez necesita ayuda, solo tiene que llamar a un número.

Protección de costos: los planes tienen límites anuales sobre sus gastos de bolsillo.

Beneficios adicionales que desea: beneficios que van más allá de las visitas al médico. La atención dental, de la audición y de la visión, el acondicionamiento físico y más forman parte del plan.



Cobertura de medicamentos recetados

Original Medicare no incluye cobertura de medicamentos recetados, también llamada Parte D de Medicare. Nuestros planes CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos recetados sin deducible anual.

Atención de la salud que es conveniente para usted

Empezar con el:

Original Medicare (Partes A y B)

- Proporcionado por Medicare, una agencia del gobierno federal.
- Para la mayoría, la Parte A es gratis. Su prima mensual de la Parte B se basa en sus ingresos anuales.
- Original Medicare solo cubre alrededor del 80% de sus costos médicos después de que alcanza sus deducibles.

Puede agregar:

Un plan complementario de Medicare

- Usted paga una prima adicional todos los meses.
- Los planes complementarios de Medicare le ayudan a pagar los gastos médicos no cubiertos por Original Medicare.
- Ofrecido por compañías de seguros privadas.

También puede agregar un plan de medicamentos recetados

- Posiblemente deba pagar otra prima mensual.
- Ofrecido por compañías de seguros privadas.

O bien, puede obtener:

Un plan Medicare Advantage (Parte C)

- Incluye su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Puede incluir la Parte D de Medicare, que es la cobertura para medicamentos recetados.
- Generalmente incluye beneficios adicionales, como servicios dentales, de visión, de audición, clases de acondicionamiento físico, membresías en gimnasios y más.
- Además de su prima de la Parte B, solo tiene que pagar otra prima mensual.

La ventaja es clara

Un plan Medicare Advantage puede ser más conveniente y puede ahorrarle dinero al mismo tiempo que simplifica sus primas mensuales. Además, obtiene beneficios adicionales que pueden ayudarle a estar lo más saludable posible.



Nuestros planes Medicare Advantage

Nuestros planes integrales le brindan acceso a médicos, especialistas, hospitales, además de cobertura dental, de la visión y de la audición preventiva con primas **desde $0 por mes**.

Elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en un plan CareFirst Medicare Advantage en los siguientes casos:

- Si es elegible para la Parte A de Medicare.
- Si está inscrito en la Parte B de Medicare y sigue pagando por ella.
- Si vive en el área de servicio del plan:
  - Plan Essential: cualquier condado de Maryland, excepto Baltimore y Baltimore City.
  - Plan Complete: Maryland o Washington, D.C.

Si es elegible para Medicare y Medicaid y vive en Maryland, puede inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). Comuníquese con nosotros al 844-811-6334 (TTY 711) o visite **carefirst.com/mddsnp** para obtener más información.



¿Necesita más información sobre la inscripción en Medicare?

Regístrese para un evento cerca de usted en **carefirst.com/medicareadvantage.** Los eventos se realizan desde mediados de octubre hasta principios de diciembre. Comuníquese con un agente autorizado llamando al **833-473-0394.**

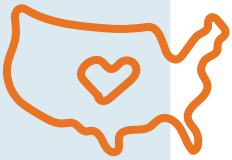
Obtenga más cuando elige CareFirst

Nos comprometemos a ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar deseados.

Todos los planes CareFirst Medicare Advantage incluyen:

- Asignación para artículos de venta libre
- Beneficios dentales preventivos
- Exámenes de la visión de rutina y anteojos a través de proveedores de Davis Vision
- Acceso a una gran selección de farmacias en todo el país
- SilverSneakers® Fitness
- Programas de administración de la atención
- Visitas de telesalud con proveedores de la red
- Servicios dentales integrales
- Examen de audición y audífonos a través de NationsHearing®
- Servicios de emergencia y servicios de urgencia necesarios en todo el mundo
- Healthy Rewards (un programa de salud y bienestar)
- Transporte

Cobertura en todo el país en la que puede confiar.



Ser miembro de CareFirst le brinda la tranquilidad de que siempre tendrá acceso a la atención que necesita, cerca y lejos. Tiene acceso a una sólida red de proveedores dentro de nuestra área de servicio: Maryland y Washington, D. C. Además, tiene **acceso a todos los planes BlueCross BlueShield en todo el país para servicios dentro de la red** si alguna vez necesita atención fuera de nuestra área de servicio.

Telesalud

¿Necesita reunirse con proveedores desde su hogar? Con nuestro plan, tiene opciones para citas por audio y video.

Consulte con su PCP, especialista, proveedor de salud mental o de atención de urgencia si tienen opciones de telesalud y si usted está cubierto a través del plan. Pague el mismo copago que una visita al consultorio.

Servicios dentales preventivos e integrales:

Una boca sana es un signo de un cuerpo saludable. Nuestro beneficio dental preventivo cubre exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y radiografías dentales tres veces al año.

Nuestros planes incluyen servicios dentales integrales (como cobertura de dentaduras postizas) con una asignación del plan y copagos transparentes.

Exámenes de la visión y protección ocular

La buena vista no solo es esencial para su salud general, sino que también afecta su calidad de vida.

Nuestra cobertura de exámenes de la visión de rutina incluye dilatación y refracción de un proveedor de Davis Vision (uno por año calendario). Nuestros planes también ofrecen asignaciones para marcos y lentes de contacto.

La red de Davis Vision incluye Visionworks, Target, Walmart, Costco, MyEyeDr, Pearle Vision y más.

Audífonos y exámenes

Sin costo para exámenes de audición de rutina, ajuste y evaluación de audífonos y copagos bajos para audífonos.

SilverSneakers® Fitness

Sin costo adicional, tendrá acceso a miles de gimnasios en los EE. UU., así como a clases virtuales.

- **Clases de acondicionamiento físico:** SilverSneakers ofrece clases de acondicionamiento físico para todos los niveles, dirigidas por instructores capacitados.
- **Recursos en línea:** ¿No puede ir al gimnasio o se siente más seguro haciendo ejercicio en casa? Asista a clases en línea, talleres y más a través de **SilverSneakers.com** y la aplicación SilverSneakers GO.

Artículos de venta libre

Una asignación trimestral para artículos de venta libre a través de un proceso de pedido por correo fácil de acceder.

Por ejemplo:

- Medicamentos para tratar resfríos, gripe y alergias.
- Primeros auxilios.
- Suministros para la incontinencia.
- Artículos para favorecer el sueño.
- Vitaminas y más.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Transporte

Todos los planes incluyen transporte que no sea de emergencia a lugares relacionados con la atención médica (consultorio del médico, farmacia y más).



Programa Healthy Rewards

La atención preventiva desempeña un papel importante para mantenerse saludable. Los miembros que se realicen todos estos exámenes de detección pueden ganar $180 en recompensas saludables.

- Consulta anual de bienestar.
- Vacuna anual contra la gripe.
- Examen de detección de cáncer colorrectal en el hogar.
- Examen de detección de cáncer de mama.
- Prueba de detección de diabetes HbA1C.
- Examen de retina para diabéticos.
- Evaluación de la salud renal.
- Visita al médico después de una hospitalización.
- Evaluación de riesgos de salud.

¿Sus médicos participan en nuestros planes Medicare Advantage?

Contamos con una red de más de 7,000 proveedores. Explore nuestra red de Medicare Advantage con nuestra herramienta *Encuentre un médico*. Es rápido y fácil.

- Visite **carefirst.com/findadocmappo**
- Ingrese su ciudad y estado o código postal
- Explore por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)

¿Piensa que un plan económico podría ser adecuado para usted? Nuestro plan **Essential** ofrece todos los beneficios de Medicare a costos más bajos, además de cobertura adicional para servicios oftalmológicos, dentales y de acondicionamiento físico.

Este plan cubre todos los conceptos básicos de Medicare, además de los medicamentos recetados. También obtiene muchos beneficios adicionales, como servicios dentales preventivos e integrales, exámenes de la visión de rutina y asignaciones para anteojos, exámenes de audición de rutina y cobertura de audífonos, asistencia de transporte, acupuntura de rutina, cobertura de quiropráctica y podología, y mucho más, sin prima mensual.

Aspectos destacados del plan

- $0 de prima mensual.
- Sin deducible por medicamentos recetados ni servicios médicos.
- Servicios dentales preventivos; atención dental integral $1,000.
- Examen oftalmológico de rutina y asignación de $200 para anteojos; asignación de $250 para lentes de contacto.
- $50 por trimestre para artículos OTC.
- Red extensa de proveedores.
- Recompensas exclusivas para miembros por completar exámenes de detección anuales.
- 32 traslados de ida a visitas médicas.
- Coseguro del 50% por la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.

¿Quién podría elegir el plan Essential? Conozca a Sofia



Sofia busca un plan económico. Comprende que es importante tener seguro médico, pero tiene ingresos fijos y no quiere gastar más de lo necesario. No le importa pagar un poco más por visita al consultorio si eso significa que tendrá una prima mensual más baja. Quiere un plan con cobertura de medicamentos recetados y beneficios adicionales, como ahorros en atención de visión o membresías en acondicionamiento físico. Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Essential** puede ser adecuado para Sofia. Este plan no ofrece prima mensual y, al mismo tiempo, proporciona muchos beneficios adicionales.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO)

Prima mensual

$0

Deducible médico: $0

Deducible anual de medicamentos: $0

Desembolso máximo:
$8,300 dentro de la red; $13,300 dentro y fuera de la red combinados

Niveles de medicamentos (suministro de un mes):

- Nivel 1 (Genéricos preferidos): $0
- Nivel 2 (Genéricos): $5
- Nivel 3 (Marca preferida): 20%*
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos): 40% de coseguro*
- Nivel 5 (medicamentos especializados): 33% de coseguro*

Copagos de beneficios destacados:

- Visita al médico de atención primaria: $0
- Visita a un especialista: $45
- Visita de atención de urgencia: $0–25
- Visita de cuidado de emergencia: $115
- Hospitalización los días 1 a 5, $385 por día los días 6 a 90, $0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: $350
- Centro quirúrgico ambulatorio: $200
- Estadía en un centro de enfermería especializado los días 1 a 20, $0 por día los días 21 a 100, $200 por día
- Examen de la audición de rutina: $0
- Examen de la visión de rutina: $0
- Atención dental preventiva (limpiezas, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor): $0
- Atención dental integral (coronas, dentaduras postizas, implantes y más): asignación anual de $1,000 (la mayoría de los servicios tienen costos compartidos)
- Fuera de la red para la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare: coseguro del 50%

Nuestras áreas de servicio incluyen:

Allegany, Anne Arundel, Calvert, Carroll, Caroline, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick Garrett, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince Georges, Queen Anne's, Somerset, St. Mary's, Talbot, Washington, Wicomico y Worcester.

Excluido: condado de Baltimore y ciudad de Baltimore

** Nunca pagará más de $35 al mes por la insulina cubierta.*

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

¿Busca un plan con copagos más bajos y beneficios adicionales no cubiertos por Medicare?

El plan **Complete** tiene todos los beneficios del plan Essential. Pero Complete ofrece copagos más bajos y asignaciones más grandes para servicios dentales y de la visión. El plan también ofrece una asignación trimestral de $55 para medicamentos de venta libre, 32 traslados de ida o vuelta para citas de atención médica, recompensas por completar exámenes de detección anuales y más.

Aspectos destacados del plan



- $42 de prima mensual
- Sin deducible por medicamentos recetados ni servicios médicos
- Servicios dentales preventivos e integrales; $1,500 de asignación para servicios dentales integrales.
- Asignación de $200 para anteojos; asignación de $250 para lentes de contacto
- Exámenes de la audición de rutina
- Cobertura de servicios de acupuntura, quiropráctica y podología de rutina
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Red extensa de proveedores
- Coseguro del 40% por la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.

¿Quién podría elegir el plan Complete? Conozca a Thomas



Thomas utiliza su seguro médico regularmente. Consulta a algunos especialistas diferentes para controlar su afección crónica y toma tres medicamentos recetados. Le interesa mejorar su salud y está buscando beneficios de bienestar adicionales en su plan. Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete** puede ser adecuado para Thomas. Si bien la prima mensual es más alta que nuestro plan Essential, los copagos son más bajos, lo que le permitirá ahorrar dinero. También tendrá acceso a beneficios como cuidado dental integral, acupuntura y cuidado quiropráctico, programas de acondicionamiento físico y más.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

Prima mensual

$42

Deducible médico: $0

Deducible anual de medicamentos: $0

Desembolso máximo:
$7,300 dentro de la red; $12,300 dentro y fuera de la red combinados

Niveles de medicamentos (suministro de un mes):

- Nivel 1 (Genéricos preferidos): $0
- Nivel 2 (Genéricos): $5
- Nivel 3 (Marca preferida): $47*
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos): 40% de coseguro*
- Nivel 5 (medicamentos especializados): 33% de coseguro*

Copagos de beneficios destacados:

- Visita al médico de atención primaria: $0
- Visita a un especialista: $35
- Visita de atención de urgencia: $0–10
- Visita de cuidado de emergencia: $110
- Hospitalización los días 1 a 5, $385 por día los días 6 a 90, $0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: $275
- Centro quirúrgico ambulatorio: $185
- Estadía en un centro de enfermería especializado los Días 1 a 20, $0 por día los Días 21 a 100, $180 por día
- Examen de la audición de rutina: $0
- Examen de la visión de rutina: $0
- Atención dental preventiva (limpiezas, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor): $0
- Atención dental integral (coronas, dentaduras postizas, implantes y más): asignación anual de $1,500 (la mayoría de los servicios tienen costos compartidos)

Nuestras áreas de servicio incluyen:

Maryland y Washington, D. C.

** Nunca pagará más de $35 al mes por la insulina cubierta.*

Cobertura integral para medicamentos recetados de la Parte D

Los planes CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Essential y Complete** incluyen cobertura de medicamentos recetados SIN deducible anual. Además, se incluye cobertura para medicamentos de farmacia en centros de atención a largo plazo.

	Essential	Complete
	Copago en farmacias minoristas por un suministro de un mes*	
Nivel 1: genéricos preferidos*	$0	$0
Nivel 2: genéricos*	$5	$5
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos**	20% de coseguro**	$47
Nivel 4: medicamentos no preferidos**	40% de coseguro**	40% de coseguro**
Nivel 5: especializados**	33% de coseguro**	33% de coseguro**

** Los niveles 1, 2 y 3 tienen beneficios de 100 días disponibles*

*** Nunca pagará más de $35 por mes por insulina*

Ahorre con los pedidos por correo



Es fácil y conveniente: puede resurtir recetas en línea o por teléfono.
Al igual que su farmacia minorista local, los farmacéuticos registrados están disponibles para consultar.

Al igual que con cualquier plan de la Parte D, lo que pagará depende de algunos factores.

¿Sus medicamentos recetados están en la lista de medicamentos de CareFirst?

La lista de medicamentos enumera los medicamentos cubiertos por nuestros planes. Busque nuestra lista de medicamentos en **carefirst.com/medicareadvantage.** O bien, llámenos al 833-473-0394 y pida una copia impresa.

¿En qué nivel se encuentra su medicamento?

Los medicamentos se categorizan en uno de los cinco "niveles". Busque en nuestra lista para averiguar en qué nivel se encuentran sus medicamentos. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel, menor será el costo. Para su conveniencia, hemos incluido una lista de los 100 medicamentos recetados principales para los afiliados de Original Medicare en el estado de Maryland y Washington, D. C. en la page 19.

¿Qué farmacias forman parte de la red CareFirst?

Tendrá acceso a una amplia red de farmacias independientes y cadenas principales en todo el país, incluidas CVS, Walmart, Safeway, Sam's Club, Costco, Medicine Shoppe Pharmacy, Giant, Harris Teeter, Weis y Wegmans.

¿En qué etapa del ciclo de medicamentos recetados se encuentra?

El gobierno federal creó tres etapas y cada año establece un límite en dólares para cada etapa. Cuando cambia de etapa, el monto que paga también cambia. Un nuevo ciclo comienza el 1 de enero de cada año.

Etapa 1: Deducible

Dado que nuestros planes tienen un deducible de $0, omitirá esta etapa.

Etapa 2: Límite de cobertura inicial

Pagará copagos o coseguro por los medicamentos cubiertos hasta que sus costos totales de medicamentos, más los pagos del plan, superen los $2,100 en 2026.

Etapa 3: Cobertura para casos catastróficos

Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia y a través de pedidos por correo) alcance un total de $2,100 en 2026, su plan cubrirá todos los costos de los medicamentos de la Parte D.



90% de las personas que se encuentran en el área de servicio de CareFirst BlueCross BlueShield **viven a menos de dos millas de una farmacia participante.**

¿Listo para inscribirse?

PASO 1

Compare planes y cobertura

Use la hoja de trabajo de la page 17 de este folleto o llámenos al 833-473-0394 para obtener una revisión de beneficios personalizada y gratuita que lo ayudará a determinar qué plan se adapta mejor a sus necesidades.

PASO 2

Seleccione un plan que se ajuste a sus necesidades de salud y presupuesto

¿Planea seguir con su médico o sus especialistas actuales? Confirme si están en nuestra red de Medicare Advantage.

- Visite **carefirst.com/findadocmappo.**
- Ingrese su ciudad y estado, o código postal.
- Explore por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades.

PASO 3

Presente su solicitud en línea, por teléfono o por correo postal

- **En línea:** Nuestro formulario protegido en línea lo guía paso a paso en el proceso de inscripción. ¡Es fácil! Visite **carefirst.com/medicareadvantage.**
- **Teléfono:** Obtenga ayuda de un agente de ventas con licencia para la inscripción personalizada llamando al 833-536-2001 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de <8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 30 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET).
- **Por correo postal:** Complete el formulario de inscripción incluido en este folleto y envíelo por correo a:

  CareFirst BlueCross BlueShield
  Medicare Advantage Enrollment
  P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117



Qué esperar después de la inscripción

Primero, revisaremos su solicitud de inscripción para asegurarnos de que esté completa. También verificaremos cuidadosamente que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad.

A continuación, le enviaremos una carta o un correo electrónico para confirmar que hemos recibido su formulario de inscripción. También le informaremos a Medicare que ha solicitado unirse a uno de nuestros planes.

Dentro de los 10 días calendario de la confirmación de su inscripción por parte de Medicare, le informaremos la fecha en que comienza su cobertura del plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.

Poco después de eso, le enviaremos por correo su nuevo paquete de bienvenida para miembros. También le enviaremos su nueva tarjeta de identificación de miembro. Su paquete de bienvenida le proporcionará información útil sobre cómo aprovechar al máximo su nuevo plan.

Recursos y formularios

CareFirst Medicare Advantage

Hoja de trabajo de comparación de planes

Compare los costos de su plan actual con CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Essential** o CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Complete**. Simplemente ingrese la información de su plan a continuación y vea si puede ahorrar si cambia a uno de nuestros planes.

	Plan actual	Essential	Complete
Prima mensual	**$**	$0	$42
Deducible médico	**$**	$0	$0
Deducible de farmacia	**$**	$0	$0
Desembolso máximo para gastos médicos	**$**	$8,300/$13,300	$7,300/$12,300
Copago por visita al médico de atención primaria	**$**	$0	$0
Copago por visita a un especialista	**$**	$45	$35
Copago por visita de atención de urgencia	**$**	$0–25	$0–10
Copago por examen de la visión de rutina	**$**	$0	$0
Copago por atención dental preventiva	**$**	$0	$0
Copago por atención dental integral	**$**	$15–700	$15–700
Asignación para servicios dentales integrales	**$**	$1,000	$1,500
Copago por examen de audición de rutina	**$**	$0	$0
Membresía en gimnasios/para acondicionamiento físico	**$**	$0	$0
Copago de medicamentos recetados Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	**$**	$0	$0

Se ha dejado en blanco intencionalmente

CareFirst Medicare Advantage

Los 100 Principales Medicamentos Con Receta Médica

A continuación, encontrará una lista de los 100 principales medicamentos recetados utilizados por los miembros de Medicare en Maryland. Si no ve uno de sus medicamentos recetados aquí, no se preocupe; esta no es una lista de todos los medicamentos cubiertos por nuestros planes.

Esta información se aplica a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO) y CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO). Para obtener una lista completa, limitaciones de medicamentos recetados y requisitos de autorización previa, visite **carefirst.com/medicareadvantage** o llame al **833-473-0394**. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos recetados está sujeta a cambios.

Nombre del medicamento	Nivelación de PPO individual 2026
Albuterol Sulfate Hfa	3
Alendronate Sodium	1
Allopurinol	1
Alprazolam	2
Amlodipine Besylate	1
Amoxicillin	1
Amoxicillin-Clavulanate Potass	Comprimidos—2 o 3 Suspensión—3 o 4
Arexvy	1
Aripiprazole	4
Atenolol	1
Atorvastatin Calcium	1
Azithromycin	Comprimido—1 Suspensión—3
Baclofen	2
Bupropion Xl	2
Buspirone Hcl	1 o 3
Carvedilol	1
Celecoxib	3
Cephalexin	Cápsulas—1 Suspensión—3
Ciprofloxacin Hcl	1

Nombre del medicamento	Nivelación de PPO individual 2026
Citalopram Hbr	Comprimido—1 Solución oral—3
Clonazepam	2
Clonidine Hcl	1
Clopidogrel	1
Cyclobenzaprine Hcl	3
Diclofenac Sodium	Comprimidos de liberación retardada—2 Comprimidos de liberación prolongada—3 Solución oral—2 o 3
Divalproex Sodium	Comprimidos de liberación retardada—2 Comprimidos de liberación prolongada—3 Cápsulas—4
Donepezil Hcl	2
Doxycycline Hyclate	3
Duloxetine Hcl	3
Eliquis	3
Escitalopram Oxalate	Comprimido—1 Solución oral—4
Ezetimibe	2
Famotidine	Comprimido—1 Suspensión—4
Finasteride	1
Fluoxetine Hcl	Cápsulas—1 Solución oral—3
Fluticasone Propionate	Suspensión nasal—2 Crema/ungüento—3
Furosemide	Comprimido—1 Solución oral—2
Gabapentin	Cápsulas/comprimidos—2 Solución oral—3
Glimepiride	1
Glipizide	1
Hydralazine Hcl	1
Hydrochlorothiazide	1
Hydrocodone-Acetaminophen	Comprimido—3 Suspensión—4
Hydroxyzine Hcl	3
Ibuprofen	Comprimido—1 Suspensión—3
Januvia	3

Nombre del medicamento	Nivelación de PPO individual 2026
Jardiance	3
Ketoconazole	Champú—2 Comprimidos/cremas—3
Lamotrigine	Comprimido—1 Comprimidos de liberación prolongada—4
Lantus Solostar	3
Latanoprost	1
Levetiracetam	Comprimidos—2 Comprimidos de liberación prolongada—3 Solución oral—3
Levothyroxine Sodium	2
Lisinopril	1
Lisinopril-Hydrochlorothiazide	1
Lorazepam	Comprimido—2 Solución oral—3
Losartan Potassium	1
Losartan-Hydrochlorothiazide	1
Meloxicam	1
Memantine Hcl	Comprimidos—3 Cápsulas de liberación prolongada/solución oral—4
Metformin Hcl	1
Metformin Hcl Er	1
Methylprednisolone	Paquete terapéutico—2 Comprimidos—3
Metoprolol Succinate	1
Metoprolol Tartrate	1
Mirtazapine	2 o 3
Montelukast Sodium	1
Nifedipine Er	3
Nitrofurantoin Mono-Macro	3
Olanzapine	2
Olmesartan Medoxomil	1
Omeprazole	1
Oxycodone Hcl	Comprimido—3 Solución oral—4
Oxycodone-Acetaminophen	3
Ozempic	3
Pantoprazole Sodium	1

Nombre del medicamento	Nivelación de PPO individual 2026
Potassium Chloride	Cápsulas o comprimidos—2 Solución oral—4
Pravastatin Sodium	1
Prednisone	Comprimido—1 Paquete terapéutico—2 Solución oral—4
Pregabalin	Cápsulas—3 Solución oral—4
Quetiapine Fumarate	Comprimido—2 Comprimidos de liberación prolongada—4
Risperidone	Comprimido—2 Solución oral—3
Rosuvastatin Calcium	1
Sertraline Hcl	Comprimido—1 Solución oral—3
Shingrix	1
Simvastatin	1
Spironolactone	1
Sulfamethoxazole-Trimethoprim	Comprimido—1 Suspensión—3
Synthroid	4
Tamsulosin Hcl	1
Tizanidine Hcl	2
Tramadol Hcl	2
Trazodone Hcl	1
Trelegy Ellipta	3
Triamcinolone Acetonide	Crema/ungüento—2 Loción/pasta dental—3
Trulicity	3
Valsartan	1
Venlafaxine Hcl Er	Cápsulas de liberación prolongada—2 Comprimidos—3
Warfarin Sodium	1
Xarelto	3
Zolpidem Tartrate	2

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is a PPO plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends upon contract renewal.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

CareFirst Medicare Advantage

Lista de Verificación Previa a La Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 833-536-2001 (TTY: 711).

- [ ] La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **carefirst.com/medicareadvantage** o llame al 833-536-2001 para obtener una copia de la EOC.
- [ ] Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente forman parte de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- [ ] Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente deba seleccionar una farmacia nueva para surtir sus medicamentos recetados.
- [ ] Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- [ ] Además de la prima mensual de su plan, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, la prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- [ ] Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- [ ] Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Los proveedores no contratados pueden negarle la atención, excepto en una situación de emergencia o urgencia.
- [ ] Impacto sobre la cobertura actual Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención de la salud de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Dejado en blanco intencionalmente

Formulario de solicitud de inscripción individual

Instrucciones para el plan Medicare Advantage (Parte C)

CareFirst Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- Parte B de Medicare (seguro médico).

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducciones de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enrollment
PO Box 915, Owings Mills, MD 21117

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 833-536-2001. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048.

En español: Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-536-2001/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social), puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta solicitud de información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la solicitud de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE! No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en la OMB 0938-1378) se destruirá. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

ÁREA DE SERVICIO: *según el condado en el que resida.*	**PLANES Y PRIMAS**
MARYLAND: Allegany, Anne Arundel, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Howard, Harford, Kent, Montgomery, Prince Georges, Queen Anne's, Talbot, Calvert, Frederick. St. Mary's, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester. **No está disponible en la ciudad de Baltimore ni en el condado de Baltimore.**	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO): **prima de $0 por mes**
MARYLAND: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Howard, Harford, Kent, Montgomery, Prince Georges, Queen Anne's, Talbot, Calvert, Frederick. St. Mary's, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO): prima de **$42 por mes**
DISTRITO DE COLUMBIA	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO): prima de **$42 por mes**

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre	Apellido	Inicial segundo nombre (opcional)

Fecha de nacimiento	Sexo ◯ Hombre ◯ Mujer	Número de teléfono	Teléfono celular (opcional)

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal) (Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente).	
Ciudad	Condado (opcional)
Estado	Código postal

Dirección postal si es diferente a su domicilio permanente (se permite un apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de correo electrónico (opcional)

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare	Fecha de vigencia de la Parte A	Fecha de vigencia de la Parte B

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage? ◯ Sí ◯ No	
Nombre de la otra cobertura	Número de identificación de miembro para esta cobertura
Número de grupo para esta cobertura	

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN	
Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque con un ✔ **la casilla** si la afirmación corresponde a su caso. Al seleccionar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su cobertura.	
	Tengo Medicare por primera vez.
	Estoy realizando un cambio durante el Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) del 1.º de enero al 31 de marzo.
	Estoy en un plan Medicare Advantage y he tenido Medicare durante menos de 3 meses. Deseo hacer un cambio entre el 4/1 y el 12/31 de diciembre (Período de elección de cobertura inicial).
	Ya tengo cobertura hospitalaria (Parte A) y me inscribí recientemente en la cobertura médica (Parte B). Quiero afiliarme a un plan Medicare Advantage.
	Tuve Medicare antes, pero ahora cumplo 65 años.
	Me acabo de mudar fuera del área de servicio de mi plan vigente o me acabo de mudar y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.
	Recientemente salí de prisión. Salí el (ingresar fecha) _____.
	Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (escriba la fecha) _____.
	Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (ingresar fecha)_____.
	Recientemente atravesé un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, atravesé un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresar fecha) _____.
	Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.
	Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej., un centro de enfermería especializada o centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro o dejaré de vivir allí el (ingresar fecha) _____.
	. Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escriba la fecha) _____.
	Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingresar fecha) _____.
	Me inscribiré en la cobertura de un empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)	
	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
	Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
	Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.
	Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos como persona con necesidades especiales para pertenecer a ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (ingresar fecha) _____.
	Me afectó una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí expresadas se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
	Estoy inscrito en un plan identificado con el icono de bajo desempeño (Low Performing Icon, LPI).
	Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Deseo unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o a un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
	Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de inscripción especial para el cual califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero unirme a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con su agente o con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 833-987-0765 para ver si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m.	

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

◯ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

◯ Braille ◯ Letra grande ◯ CD de audio ◯ CD de datos

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-536-2001 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los mencionados. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja?	¿Su cónyuge trabaja?
◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No

SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DEL PLAN

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. **También puede optar por pagar la prima a través de deducciones automáticas del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual según sus ingresos para la Parte D (IRMAA de la Parte D). Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le facturarán directamente. No pague a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ***Ayuda Adicional*** para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no estarán sujetas al lapso sin cobertura o a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ***Ayuda Adicional***, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778. También puede solicitar la ***Ayuda Adicional*** en línea en **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

Si reúne los requisitos para recibir ***Ayuda Adicional*** con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima:

◯ Reciba una factura por correo postal.

◯ Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual desde su cuenta bancaria. Autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir mi prima mensual del plan de mi cuenta bancaria. Entiendo que mi cuenta se deducirá el día 5 del mes o el siguiente día hábil. Adjunte un cheque con la palabra "VOIDED" (ANULADO) escrita a través del cheque o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta	Número de ruta bancaria
Número de cuenta bancaria	Tipo de cuenta ◯ Corriente ◯ Ahorros

◯ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de lo siguiente: ◯ Seguro Social ◯ RRB
(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más hasta que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el inicio de las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Por la presente autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir de mi cuenta mencionada anteriormente mi prima mensual del plan y cualquier multa por inscripción tardía, según corresponda.

Este acuerdo de autorización entra en vigencia a partir de la fecha de la firma a continuación y debe permanecer en plena vigencia y efecto hasta que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su finalización de manera tal que le brinde a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y a la institución financiera la oportunidad razonable de actuar en consecuencia. Si la información de mi institución financiera cambia, acepto presentar a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage un Acuerdo de autorización de EFT actualizado. Las transacciones de EFT se producirán el día 5 del mes por el monto del saldo adeudado en las primas mensuales del plan y las penalizaciones por inscripción tardía, si corresponde, para el mes actual.

Cómo finalizar el retiro automático:
Las solicitudes de finalización deben recibirse antes del final del mes anterior a la fecha de finalización (p. ej., si la finalización es el 1 de octubre, la solicitud debe recibirse antes del 30 de septiembre). Su retiro automático continuará a menos que la solicitud de finalización se reciba antes de que termine el mes previo al próximo retiro. Las solicitudes de finalización pueden enviarse por fax al 855-215-6947, o por correo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Atención: Premium Billing, PO Box 915, Owings Mills, MD 21117. Las solicitudes de finalización se procesarán en el orden recibido. Usted será responsable de cualquier cargo incurrido por su banco, como fondos insuficientes (Non-Sufficient Funds, NSF).

SECCIÓN 4 – IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Deberé conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA o plan de la Parte D a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o plan de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y serán incluidos en el documento Evidencia de cobertura del plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del beneficiario de la póliza). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén incluidos en la cobertura.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:

  1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.

  2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma	Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos

Nombre	Dirección
Número de teléfono	Parentesco con el asegurado

PARA QUE LO COMPLETEN SOLO PERSONAS QUE AYUDAN AL ASEGURADO CON ESTE FORMULARIO	
Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente de seguros, un corredor, un asesor del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), un familiar u otro tercero) que ayudó al asegurado a completar este formulario.	
Nombre	Parentesco con el asegurado
Firma	Número de productor nacional (agentes de seguros/corredores solamente)

Solo para uso del consultorio/agente	
Nombre del agente de seguros (en letra de imprenta)	
N.° de productor nacional del agente de seguros	Firma del agente de seguros
Fecha de recepción inicial	
Nombre de la Organización de marketing de campo (Field Marketing Organization, FMO)	
N.° de identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Período de elección Período de inscripción de cobertura inicial/Período de inscripción inicial _____Período de inscripción anual _____ Período de inscripción especial (tipo) _____ No elegible _____	
Código del plan/Opción del plan	

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Federal Code Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is a PPO plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends upon contract renewal.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Dejado en blanco intencionalmente

Formulario de Confirmación Sobre el Alcance de la Cita de Ventas

CareFirst Family of health care plans

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren a los agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas para asegurarse de que comprenden lo que conversarán con el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se incluya en este formulario será confidencial, y cada persona deberá completarlo junto con un agente de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el cual desea conversar con el agente. Si no desea que el agente converse sobre un tipo de plan con usted, deje la casilla sin completar.

	PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)
	Organización de proveedores preferidos de Medicare (PPO): un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, a veces, tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales en red, pero también puedes utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

	PLANES DE MEDICARE SUPPLEMENT (MEDIGAP)
	Planes de Medicare Supplement (Medigap): planes de seguros que contribuyen a pagar una parte de los gastos de bolsillo que no se abonaron con el plan original de Medicare (Partes A y B), tales como deducibles y montos de coseguros que corresponden a los servicios aprobados de Medicare.

	PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE MEDICARE (SNP)
	Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP)—Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Ejemplos de grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA

Al firmar este documento, usted acepta tener una reunión de venta con el agente de ventas para conversar sobre los tipos específicos de productos en los cuales escribió sus iniciales más arriba. La persona que conversará sobre las opciones de planes con usted trabaja para un plan de medicamentos con receta o plan de atención médica de Medicare que no es el gobierno federal, y puede que reciba una remuneración en función de su inscripción en el plan. Al firmar este documento, usted NO estará obligado a inscribirse en un plan, su condición de inscripción actual o futura de Medicare no resultará afectada y tampoco será inscripto automáticamente en el (los) plan(es) sobre el (los) que haya conversado.

Al brindar mi número telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas de un representante de CareFirst BlueCross BlueShield sobre los productos de Medicare Advantage, los planes de Medicare Supplement (Medigap) o los productos de Medicare Supplement al número que he proporcionado (incluya números de dispositivos móviles). Estas llamadas podrán ser realizadas mediante el uso de tecnología automatizada y no se requiere mi consentimiento para recibir las llamadas como condición para efectuar una compra.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA	
Teléfono del beneficiario (opcional):	
Firma	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y aclare su firma en letra de imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	
Método Inicial de contacto (Indique aquí si el beneficiario tenía cita previa):	
Firma del agente:	Agente NPN:
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
La documentación del Alcance de Cita (SOA, por su sigla en inglés) está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS	
Si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, brinde una explicación sobre por qué el SOA no se documentó antes de la reunión:	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the shared business name of CareFirst Advantage, Inc. and CareFirst Advantage PPO, Inc. In the District of Columbia and Maryland, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. In Virginia, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. of Maryland (used in VA by: First Care, Inc.). CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., and First Care, Inc. are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Notas

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y Ayudas y Servicios Auxiliares

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-536-2001 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-536-2001 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

French

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-536-2001 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Simplified Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-536-2001（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

Korean

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-536-2001 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Tí ó bá jẹ́ pé o ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìtọ́jú ìrànlọ́wọ́ èdè wà ní àrọ́wọ́tó fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti iṣẹ́ ìtọ́jú tí ó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn àwòṣe tí ó ṣe é lò wà ní àrọ́wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́ bákan náà. Pe 1-833-536-2001 (TTY: 711) tàbí kí o bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Amharic

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-833-536-2001 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-536-2001 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-536-2001 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-536-2001 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-536-2001 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-536-2001 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Farsi

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-536-2001 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-536-2001 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-833-536-2001 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔-1 833-536-2001 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

CareFirst Medicare Advantage

CONECTARSE CON NOSOTROS:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is a PPO plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends upon contract renewal.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

SUM MA02488IND-SPN (8/25)