CareFirst Medicare Advantage

2026

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (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_MA03622IND_M_SPN

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

Aviso anual de cambios para 2026

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

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

- **Puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.
- 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 al Departamento de Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Según la regla final CMS-4205-F publicada el 4 de abril de 2024, §§ 422.2267 (e)(31)(ii) y 423.2267 (e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares que, como mínimo, establezca que nuestro plan proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares apropiados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.
- Llame a Servicios para Miembros al *833-536-2001* (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es De 8 a. m. a 8 p. m., hora del ESTE los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., HORA del este, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

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 Salute

- 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 documento, “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 Salute.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su atención médica por medio de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos para realizar un cambio.
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos de Medicare Part D, y usted no puede estar inscrito en un plan de medicamentos de Medicare Part D y en este plan a la vez. Nota: Si no tiene cobertura de medicamentos de Medicare o una cobertura acreditable de medicamentos (tan buena como la de Medicare), por 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare en el futuro.

Índice

Resumen de los costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 5
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 6
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 6

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 11

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 12
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan 13
Sección 3.2 ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer el cambio? 13

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados 13

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 14
Sección 5.1 Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute 14
Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 15
Sección 5.3 Obtenga ayuda de Medicare 15

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. Vaya a la Sección 1.1 para obtener más detalles.	$0.00	**$0.00**
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. (Vaya a la Sección 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores dentro de la red: $5,900 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $8,950	**De proveedores dentro de la red: $5,900** **De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $8,950**
Visitas de atención primaria al consultorio	$0 de copago por visita	**$0 de copago por visita**
Visitas al consultorio del médico	$35 de copago por visita	**$35 de copago por visita**
Hospitalizaciones Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención en un hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado.	$345 de copago por día durante los días del 1 al 5	**$335 de copago por día durante los días del 1 al 5**

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).	$0.00	**$0.00**
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	$100	**$100**

Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general, no deberá pagar nada por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) proporcionados por proveedores de la red **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado.	$5,900	**$5,900** **Una vez que haya pagado $5,900 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.**
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos)	$8,950	**$8,950** **Una vez que haya pagado $8,950 en gastos de bolsillo por servicios**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
proporcionados por proveedores dentro y fuera de la red **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado.		**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 próximo año. 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 en www.carefirst.com/medicareadvantage.
- Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY llaman 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

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

Sección 1.4 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.**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Saldo disponible	Cuando se debe realizar una recarga, revisamos su historial de recargas durante los 180 días anteriores para determinar si tiene medicamentos adicionales disponibles. Si lo hace, ajustamos el tiempo de recarga para eliminar cualquier posible escasez de medicamentos.	**Cuando se deba realizar una recarga, revisaremos su historial de recargas durante los 365 días anteriores para determinar si tiene medicamentos adicionales a mano. Si lo hace, podemos ajustar el tiempo de recarga para eliminar cualquier posible escasez de medicamentos.**
Suministros para diabéticos: cobertura preferida	Los miembros pudieron obtener medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas en las farmacias de la red. No hubo medidores de glucosa en sangre ni tiras reactivas preferidos en las farmacias de la red.	**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	$345 de copago por día durante los días del 1 al 5	**$335 de copago por día durante los días del 1 al 5**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Programas intensivos para pacientes ambulatorios	Los programas intensivos para pacientes ambulatorios no están cubiertos.	**Los programas intensivos para pacientes ambulatorios son una nueva categoría de servicio cubierta por Medicare. Los programas intensivos para pacientes ambulatorios ofrecen un nivel de atención para afecciones de salud mental (incluidos los trastornos por uso de sustancias) entre la terapia o asesoramiento tradicional una vez a la semana y la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o hospitalización parcial.**
Autorización previa, terapia escalonada y lista de medicamentos de la Parte B	La autorización previa, la terapia escalonada y la lista de medicamentos de la Parte B pueden cambiar a lo largo del año, consulte el sitio web de su plan para estar al día durante todo el año.	**La autorización previa, la terapia escalonada y la lista de medicamentos de la Parte B pueden cambiar a lo largo del año, consulte el sitio web de su plan para estar al día durante todo el año.**
Cambios en la autorización previa	Estos beneficios requieren autorización previa: 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:	**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 -**

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Cuidado del pie de rutina - No médico, Otro profesional de la salud - Medicare, Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios - Medicare, 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	**Medicare, Servicios de Podología: Cuidado de los pies de rutina - No-Medicare, Otro profesional de la salud - Medicare, Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios - Medicare, Zapatos/Insertos terapéuticos para diabéticos - Medicare, - No-Medicare, Servicios dentales de Medicare - No-Medicare, Gafas - Medicare**
Cambios en afecciones crónicas que califican	• Dependencias crónicas del alcohol y otras drogas (SUD) • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Trastornos hematológicos graves • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	• **Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD)** • **Trastornos autoinmunes** • **Cáncer** • **Trastornos cardiovasculares** • **Insuficiencia cardíaca crónica** • **Demencia** • **Diabetes mellitus** • **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico**

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		• **Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento** • **Bajo peso crónico**
Servicios requeridos urgentemente	$30 de copago por servicios en persona que se necesitan con urgencia; $0 de copago por servicios virtuales.	**$25 de copago por servicios en persona que se necesitan con urgencia; $0 de copago por servicios virtuales.**

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
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 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**

	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 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**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

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

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

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.
- **Para cambiarse a Medicare Original con una cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.
- **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 llaman a 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se le anule la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1*)*.

- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE. Recuerde que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costo compartido.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

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

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

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

En determinadas situaciones, es posible que las personas tengan 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
- Si se han mudado fuera del área de servicio de su plan.

Si actualmente vive o acaba de mudarse a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

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

costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluido el plan mensual de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes sean elegibles no tendrán multa por inscripción tardía. Para ver si es elegible, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, 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 deben llamar al 1-800-325-0778.
- La Oficina Estatal de Medicaid.

- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).** Maryland tiene un programa llamado Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Sección 5.1 Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001. (Los usuarios de TTY deben llamar) 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, revise en *Evidencia de Cobertura* 2026 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. En ella, se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY llaman 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.carefirst.com/medicareadvantage**

  Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

En Maryland, el SHIP se llama State Health Insurance Assistance Program.

En Washington D.C., el SHIP se llama Health Insurance Counseling Project.

Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguros médicos. También pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a 410-767-1100 o al número gratuito 800-243-3425 (Maryland) o 202-727-8370 (Washington D.C.).

Sección 5.3 Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escribir a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

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

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

  El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo postal a las personas con Medicare todos los años en otoño. En este, se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.