

2027

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

En vigor desde el 1.º de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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

Y0154_H8854_MA04555_M_SPN

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

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP).

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 a más tardar el 7 de diciembre de 2026, continuará en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y Usted 2027*.
- 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.carefirstmddsnp.com o llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener más información). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted. También podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos, si lo necesita.

Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

- CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Maryland para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CareFirst Advantage, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP).
- **Si no hace nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos para realizar un cambio.

Y0154_H8854_MA04555_M_SPN

Índice

Resumen de los costos importantes para 2027 5

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 9
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 9
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 11
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 11
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 12
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 20
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados 20

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 25

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 26
Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan 27
Sección 3.2 ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer un cambio? 27

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar por medicamentos recetados 28

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 30
Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) 30
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 30
Obtenga ayuda de Medicare 31
Obtenga ayuda de Medicaid 31

Resumen de los costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	$0.00	**$5.70** **Siempre que mantenga su derecho a Medicaid como FBDE, QMB, QMB+ o SLBM+, su prima será de $0.**
Deducible	$283, excepto por la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar $0.	**$283, excepto por la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.** **Estos son los montos de los costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2027. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto se publiquen.** **Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar $0.**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para	$8,850 Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que no sea responsable	**$9,850** **Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que no sea responsable**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
obtener más detalles).	de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.	**de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.**
Visitas al consultorio de atención primaria	Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que deberá pagar $0 por visita.	**Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita.** **Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que deberá pagar $0 por visita.**
Visitas a consultorios de médicos especialistas	Visitas a especialistas: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que deberá pagar $0 por visita.	**Visitas a especialistas: 20% de coseguro por visita.** **Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que deberá pagar $0 por visita.**
Hospitalizaciones Incluye diversos tipos de hospitalizaciones, como atención para casos agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización	Días 1 a 60: deducible de $1,736. Días 61 a 90: $434 por día. Días 91 a 150: $868 por día de reserva de por vida. Si es elegible para recibir la asistencia para los costos	**Días 1 a 60: deducible de $1,736.** **Días 61 a 90: $434 por día.** **Días 91 a 150: $868 por día de reserva de por vida.** **Estos son los montos de los costos compartidos de**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
comienza el día en que se formaliza su ingreso por orden médica y termina el día anterior al día en que recibe el alta.	compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que deberá pagar $0.	**2026 y pueden cambiar para 2027. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto se publiquen.** **Si es elegible para recibir la asistencia para los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que deberá pagar $0.**
Cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible de la cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D $615 para las categorías de la 3 a la 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos: usted paga $0 por cada medicamento recetado. Categoría 2 - Medicamentos genérico: usted paga $0 por cada medicamento recetado. Categoría 3 -	**Deducible de la cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D** **$700 para las Categorías de la 3 a la 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos cubiertas de la Parte D.** **Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** **usted paga $0 por cada medicamento recetado.** **Categoría 2 - Medicamentos genéricos:** **usted paga $0 por cada medicamento recetado.** **Categoría 3 -**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	Medicamentos de marca preferidos: usted paga el 25% del costo total. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Categoría 4 - Medicamentos no preferidos: usted paga el 25% del costo total. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Categoría 5 - Categoría de medicamentos especializados: usted paga el 25% del costo total. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Etapa de cobertura en caso de catástrofe:	**Medicamentos de marca preferidos: usted paga el 25% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.** **Categoría 4 - Medicamentos no preferidos: usted paga el 25% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.** **Categoría 5 - Categoría de medicamentos especializados: usted paga el 25% del costo total.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. Sin embargo, es posible que pague menos según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.** **Etapa de cobertura en caso de catástrofe:**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	• **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	$0.00	**$5.70** **Siempre que mantenga su derecho a Medicaid como FBDE, QMB, QMB+ o SLBM+, su prima será de $0.**

Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

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

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	$8,850	**$9,850**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Los costos compartidos pagados por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuyen a este monto máximo de gastos de bolsillo. Debido a que Medicaid paga la mayor parte de los costos compartidos de nuestros miembros, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de Medicaid para los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos recetados **no cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo.		**Una vez que haya pagado $9,850 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Revise el *Directorio de proveedores* 2027 enhttps://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos 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 a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un Período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de farmacias 2027 https://www.carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-documents-and-forms.html para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para Miembros al 1-844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

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

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Odontología integral - Servicios generales complementarios	Usted no paga nada por este beneficio.	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Aplicación de medicamento desensibilizante: dos veces al año** • **Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental, procedimiento menor: sin límite, disponible según sea necesario** • **Aplicación de medicamento provisional para detener la caries: una aplicación por superficie de por vida, por diente** • **Atención a domicilio/atención prolongada: según sea necesario**
Servicios dentales integrales - Servicios de endodoncia	Usted no paga nada por este beneficio. Servicios y frecuencias detallados:	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Terapia endodóntica, repetición de**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	• Endodoncia: 1 de por vida, por paciente, por diente • Coronas: una vez por diente por 60 meses	**tratamiento de conducto radicular previo: una vez por diente de por vida** • **Apicectomía (anterior, premolar, molar): una vez por diente de por vida** • **Apicectomía (cada raíz adicional): una vez por diente de por vida** • **Obturación retrógrada y amputación radicular (por raíz), según sea necesario** • **Pulpotomía terapéutica: una vez de por vida por diente** • **Desbridamiento pulpar, dientes permanentes primarios: una vez por diente de por vida**
Odontología integral - Servicios de implantes	Usted no paga nada por este beneficio.	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Índice radiográfico/ quirúrgico de implantes por informe: una vez cada 5 años** • **Desbridamiento del defecto periimplantario, desbridamiento y contorneado óseo del**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
		defecto periimplantario: una vez cada 12 meses • **Extracción de implante: según sea necesario** • **Colocación quirúrgica de miniimplantes: una vez cada 5 años** • **Pilares prefabricados y fabricados a medida: una vez cada 5 años** • **Corona de porcelana, colada o titanio con soporte de pilar: una vez cada 5 años** • **Coronas apoyadas sobre implantes o retenedores: una vez cada 5 años**
Odontología integral - Cirugía oral y maxilofacial	Usted no paga nada por este beneficio.	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Extracción de diente impactado, extracción de diente erupcionado: una vez por diente de por vida** • **Extracción de raíces dentales residuales: una vez por diente de por vida** • **Extracción de restos coronales: una vez por diente de por vida**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
		• **Extracción de diente erupcionado: una vez por diente de por vida** • **Exposición de un diente no erupcionado: una vez por diente de por vida** • **Sedación profunda/ anestesia general: según sea necesario** • **Extracción de diente erupcionado que requiere remoción de hueso o seccionamiento del diente: una vez por diente de por vida** • **Coronectomía, extracción parcial intencional del diente: una vez por diente de por vida**
Odontología integral - Servicios de periodoncia	Usted no paga nada por este beneficio. Servicios y frecuencias detallados: • Periodoncia: 1 por cuadrante de raspado cada 36 meses • Gingivectomía-gingivoplastia: una vez cada 36 meses • Cirugía ósea: una vez cada 36 meses • Colgajo gingival: una vez cada 36 meses	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Planificación radicular periodontal, raspado y raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave; una vez cada 24 meses** • **Mantenimiento periodontal: cuatro veces al año**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	• Desbridamiento completo de la boca: una vez cada 36 meses	• **Desbridamiento completo de la boca: una vez cada 36 meses** • **Gingivectomía o gingivoplastia: una vez cada 5 años** • **Cirugía ósea: una vez cada 5 años** • **Colgajo gingival: una vez cada 5 años** • **Injerto de sustitución ósea: una vez cada 5 años**
Servicios dentales integrales - prostodoncia fija	Usted no paga nada por este beneficio.	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Póntico: una vez cada 5 años** • **Corona de retención: una vez cada 5 años** • **Recementación o readhesión: una vez cada 12 meses**
Odontología integral - Servicios de prótesis removibles	Usted no paga nada por este beneficio. Servicios y frecuencias detallados: • Reparaciones de prótesis dentales: una vez cada 12 meses • Reajustes/rebasado: una vez cada 36 meses	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Prótesis dental completa/inmediata: una vez cada 5 años** • **Prótesis dental parcial maxilar y mandibular**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	• Ajustes de prótesis dentales: 2 cada 12 meses • Prótesis dentales: una vez cada 60 meses (el costo NO se aplica a la asignación anual de $3,000) - Placas dentales superiores, inferiores o parciales	**(incluida la inmediata): una vez cada 5 años** • **Prótesis dental parcial unilateral removible: una vez cada 5 años** • **Ajuste de prótesis dentales completas y parciales: una vez cada 12 meses por arco** • **Reparación de prótesis dental de resina, reparación de prótesis colada, adición de diente o gancho a una prótesis dental existente: una vez cada 12 meses por arco** • **Reparación o reemplazo de retenedor/gancho roto (por diente): una vez cada 12 meses por arco** • **Rebase completo o parcial: una vez cada 36 meses** • **Reajuste de prótesis dental: una vez cada 36 meses** • **Acondicionamiento de tejidos: una vez cada 12 meses** • **Sobredentadura: una vez cada 5 años** • **Modificación de prótesis removible: una vez cada 12 meses por arco**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios dentales integrales: servicios de restauración	• Servicios de restauración: 1 por diente, una vez cada 24 meses • Coronas: una vez por diente por 60 meses	**Usted no paga nada por este beneficio.** **Servicios y frecuencias detallados:** • **Servicios de amalgama: una superficie cada 12 meses** • **Resina compuesta: una superficie cada 12 meses** • **Recubrimientos: una vez por diente cada 5 años** • **Coronas: una vez por diente cada 5 años** • **Recementado o readhesión de incrustación: una vez cada 12 meses** • **Restauración de protección: una vez por diente por año** • **Reconstrucción de muñón dental: una vez por diente cada 5 años** • **Retención de pines por diente: según sea necesario** • **Perno y muñón además de corona (fabricada indirectamente): una vez por diente cada 5 años** • **Poste y muñón prefabricados además**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
		de la corona: una vez por diente cada 5 años
Beneficio Flex: OTC, comestibles, alquiler y servicios públicos	$130 al mes para OTC, comestibles, servicios públicos y alquiler con saldo acumulable mensualmente	**$75 al mes para OTC, comestibles, servicios públicos y alquiler, sin saldo acumulable mensualmente**
Cobertura de suministros para la diabetes de la Parte B: gestión de utilización	Algunos suministros para diabéticos de la Parte B, como los medidores continuos de glucosa (CGM), no requerían autorización previa.	**Es posible que algunos suministros para diabéticos de la Parte B, como los medidores continuos de glucosa (CGM), requieran autorización previa antes de estar cubiertos.**
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 del 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 del plan para estar al día durante todo el año.**
Transporte (que no sea de emergencia)	Copago de $0 por 54 viajes de ida	**Copago de $0 por 24 viajes de ida.** **La distancia máxima permitida por viaje es de 60 millas.**

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se le enviará electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos.

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

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

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.
Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicios para Miembros al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un material por separado denominado *Cláusula adicional sobre la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar por medicamentos recetados*, en el cual se explican los costos de sus

medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material a más tardar el 30 de septiembre de 2026, llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Existen 3 **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe.

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

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

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

  Una vez que haya pagado el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en el año alcancen $2,400.

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

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

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento recetado durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible anual	El deducible es de $615 para las Categorías de la 3 a la 5. Durante esta etapa, usted paga $0 de costos compartidos por los medicamentos de las Categorías 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en las Categorías de la 3 a la 5 hasta que haya alcanzado su deducible anual. Si es elegible para la "Ayuda Adicional" de Medicare, su deducible de la Parte D será de $0.	**El deducible es de $700 para las Categorías de la 3 a la 5.** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costos compartidos por los medicamentos de las Categorías 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en las Categorías de la 3 a la 5 hasta que haya alcanzado su deducible anual.** **Si es elegible para la "Ayuda Adicional" de Medicare, su deducible de la Parte D será de $0.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

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

Una vez que usted haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Categoría 1 - Medicamentos genéricos preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	$0 de copago por medicamento recetado	**$0 de copago por medicamento recetado**
Categoría 2 - Medicamentos genéricos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	$0 de copago por medicamento recetado	**$0 de copago por medicamento recetado**
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría	25% del costo total del medicamento recetado. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	**25% del costo total del medicamento recetado.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.		
Categoría 4 - Medicamentos no preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25% del costo total de la receta. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	**25% del costo total de la receta.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.**
Categoría 5 - Categoría de medicamentos especializados Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	25% del costo total de la receta. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	**25% del costo total de la receta.** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.**

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Número de fax de apelaciones y reclamos	Apelaciones de pagos médicos: 443-753-2298 Apelaciones clínicas aceleradas: 410-605-2566	**Apelaciones de pagos médicos y apelaciones clínicas aceleradas: 844-405 2158**
Número de fax para quejas sobre atención médica	443-753-2298	**844-405-2158**
Número de fax para decisiones de cobertura de atención médica	443-552-7408	**443-753-2346**
Número de teléfono del Servicio Dental para Miembros	410-779-9932 o línea gratuita 844-386-6762	**833-493-0534**
Proveedor dental	Los beneficios dentales fueron administrados a través de DentaQuest	**Los beneficios dentales son administrados a través de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime**
Programa Healthy Rewards - visita anual de bienestar	Obtuvo una recompensa de $30 por su visita anual de bienestar	**Recibirá una recompensa de $40 por su visita anual de bienestar**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Programa Healthy Rewards - Pruebas para diabéticos	Obtuvo una recompensa de $20 por completar las siguientes tres actividades: prueba A1C, examen de retina para diabéticos y evaluación renal	**Obtendrá una recompensa de $60 por completar las siguientes tres actividades: prueba A1C, examen de retina para diabéticos y evaluación renal**
Elegibilidad para Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime aceptaba miembros con derecho a Medicaid como FBDE y QMB	**CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime acepta miembros con derecho a Medicaid como FBDE, QMB, QMB+ y SLMB+**
Número de fax de Servicios para Miembros	844-961-0696	**410-840-7493**
Dirección para enviar solicitudes de pago por atención médica	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Claims Reimbursement P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117	**CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage** **Attention: Member Claims Reimbursement** **P.O. Box 14361** **Lexington, KY 40512**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan de salud de Medicare diferente o cambie a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP).

Si quiere cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, en el caso de muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y se cancelará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el *manual Medicare y Usted 2027*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Recuerde que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferenciarse en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 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 2027.

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

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

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos
- Tienen o dejarán de tener cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

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

  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática), o
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si actualmente vive o acaba de mudarse a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse 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 por medicamentos recetados

Puede ser elegible para obtener ayuda para pagar por medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si reúne los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - La Oficina Estatal de Medicaid.

- **Asistencia del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).** Maryland tiene un programa llamado Programa de Asistencia para Medicamentos Recetados para Adultos Mayores de Maryland que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para costos compartidos de los medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con HIV/SIDA elegibles para este tengan acceso a los medicamentos contra el HIV que pueden salvar sus vidas. Para ser elegible para el ADAP en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluidos comprobantes de residencia en el estado y de condición de HIV, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia para costos compartidos de medicamentos recetados por medio del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Maryland. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, sobre cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 410-767 6535 o a la línea gratuita al 800-205 6308. Cuando llame, asegúrese de proporcionarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una solicitud de elección nueva para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos.**

  La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, le ofrece más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 844-786-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

- **Llame a Servicios para Miembros al** 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)

  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea la Evidencia de cobertura de 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2027 de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. En ella, se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.carefirstmddsnp.com, o llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o a la línea gratuita 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.carefirstmddsnp.com**

  Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y *nuestra Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

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 Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos al 410-767 1100 o a la línea gratuita 800-243 3425. Obtenga más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos visitando https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx.

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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con Medicare.gov**

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

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribirle a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas que le ayudará a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2027***

  El manual Medicare y Usted 2027 se envía por correo postal a las personas con Medicare cada otoño. Contiene 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 Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a Maryland Medical Assistance (Medicaid) al 410-767-5800 o a la línea gratuita al 855-642-8572 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios.