CareFirst Medicare Advantage

2027

Resumen de beneficios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

H8854-002

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

- Llame a Servicios para miembros al 844-386-6762 (TTY:711)
- 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 lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre

www.carefirst.com/mddsnp

Resumen de beneficios 2027

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO D-SNP)

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO D-SNP) del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027.

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.

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

Este plan cuenta con un directorio de proveedores en el que figuran todos los proveedores de la red, disponible en **www.carefirst.com/mddsnp**.

¿Quién es elegible para nuestro plan DualPrime?

Para unirse a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, recibir asistencia médica del estado de Maryland y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye a todo el estado de Maryland.

Para ser elegible para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, los beneficiarios deben tener un nivel de Medicaid de Doble elegibilidad para beneficios completos (FBDE), Beneficiario calificado de Medicare (QMB), Beneficiario calificado de Medicare plus (QMB+) y Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado plus (SLMB+).

Conozca sus opciones

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

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

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Farmacia

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

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información, llámenos al 844-386-6762 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o visítenos en www.carefirst.com/mddsnp.

Primas y beneficios	
Prima mensual del plan	$0
Deducible	$0
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	$9,850
Cobertura de hospitalización	
Cobertura de hospitalización por parte de Medicare[1]	Usted paga $0 por los días 1 al 90
Cobertura de hospitalización psiquiátrica por parte de Medicare[1]	$0 de copago
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios por parte de Medicare, incluidas cirugías[1]	$0 de copago
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare[1]	$0 de copago

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Primas y beneficios	
Centro de cirugía ambulatoria (ASC) cubierto por Medicare[1]	$0 de copago
Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	
Proveedores de atención primaria (PCP) cubiertos por Medicare	$0 de copago
Especialistas cubiertos por Medicare	$0 de copago
Atención preventiva cubierta por Medicare	$0 de copago
Atención de emergencia cubierta por Medicare	$0 de copago
Servicios de urgencia cubiertos por Medicare	$0 de copago
Servicios de diagnóstico, laboratorios y diagnóstico por imagen	
Pruebas y procedimientos cubiertos por Medicare[1, 2]	$0 de copago
Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare[1, 2]	$0 de copago
Servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare (p. ej., CT, MRI)[1]	$0 de copago
Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare[1]	$0 de copago
Radiografías cubiertas por Medicare	$0 de copago

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Primas y beneficios	
Servicios de audición	
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare	$0 de copago
Exámenes de audición de rutina	$0 de copago
Audífonos	Nuestro plan paga un máximo de $1,950 cada 3 años para audífonos
Servicios dentales	
Atención dental integral cubierta por Medicare	$0 de copago
Atención dental preventiva	Cobertura dental de rutina: Atención dental preventiva (exámenes bucales, profilaxis, radiografías dentales y tratamiento con flúor): copago de $0
Cobertura dental integral adicional Se puede requerir una revisión clínica para los servicios dentales no preventivos.	$0 de copago y $3,000 de asignación anual para los siguientes servicios (el miembro es responsable de todos los costos que superen la asignación): ▪ Servicios de restauración: 1 por diente, una vez cada 24 meses ▪ Endodoncia: 1 de por vida, por paciente, por diente ▪ Coronas: una vez por diente cada 60 meses ▪ Extracciones simples ▪ Periodoncia: 1 raspado por cuadrante cada 36 meses ▪ Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Primas y beneficios	
Cobertura de prótesis dentales	$0 de copago para los siguientes servicios (no se aplica a la asignación para servicios dentales integrales): ▪ Prótesis dentales superiores, inferiores, parciales o cualquier combinación de estas ▪ Prótesis dentales una vez cada 60 meses ▪ Reparaciones de prótesis dentales: una vez cada 12 meses ▪ Reajustes/rebasado de prótesis dentales: una vez cada 36 meses ▪ Ajustes de prótesis dentales: 2 cada 12 meses
Servicios de la visión	
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, cubierto por Medicare	$0 de copago
Prueba preventiva de detección de glaucoma cubierta por Medicare	$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto, después de una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare	$0 de copago
Examen ocular para personas con diabetes cubierto por Medicare	$0 de copago
Examen de la vista de rutina	$0 de copago una vez al año
Asignación para artículos para la vista	Asignación anual de $150 para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos cada año. El ajuste de lentes de contacto corneales está cubierto sin costo.

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Primas y beneficios	
Servicios de salud mental	
Visitas individuales al consultorio cubiertas por Medicare	$0 de copago
Visitas colectivas al consultorio cubiertas por Medicare	$0 de copago
Otros beneficios y servicios	
Centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare[1]	$0 por los días 1 al 100
Fisioterapia cubierta por Medicare[1]	$0 de copago
Servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare[3]	$0 de copago
Servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare[3]	$0 de copago
Transporte de rutina	$0 de copago por 24 viajes de ida
Medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare[1] *No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.*	$0 de copago

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tena que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

1 *Podría requerirse una autorización previa y es responsabilidad del proveedor.*
2 *La mayoría de los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización previa.*
3 *Podría requerirse una autorización previa para servicios que no son de emergencia.*

Parte D

Beneficio de medicamentos recetados	Para quienes cumplen los requisitos para recibir "ayuda adicional" (Extra Help)
Deducible anual para medicamentos recetados	El deducible para medicamentos recetados será de $700 para las Categorías 3, 4 y 5.
Etapa de cobertura inicial	Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos en lo que va del año alcance $2,100. A partir de ahí, pasará a la etapa de cobertura catastrófica. ▪ Usted paga por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): $0 de copago/$1.65 de copago/ $5.80 de copago (según su nivel de "ayuda adicional" [Extra Help]) ▪ Para los demás medicamentos: $0 de copago/$5.00 de copago/ $14.40 de copago (según su nivel de "ayuda adicional" [Extra Help]) ▪ Usted paga $0 por cualquier medicamento en nuestro formulario (lista de medicamentos) en la Categoría 1, Genérico preferido, o la Categoría 2, Genérico.
Cobertura catastrófica	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Cobertura para residente en un centro de atención a largo plazo	Si vive en un centro de atención a largo plazo y obtiene sus medicamentos de la farmacia, pagará el mismo copago que por una receta de 30 días en una farmacia minorista.

Beneficio de medicamentos recetados	Para quienes ya no califican para "ayuda adicional" (Extra Help)
Deducible anual para medicamentos recetados	El deducible para medicamentos recetados será de $700 para las Categorías 3, 4 y 5.

Beneficio de medicamentos recetados	Para quienes ya no califican para "ayuda adicional" (Extra Help)
Etapa de cobertura inicial (venta al por menor, por correo, a largo plazo y fuera de la red)	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo y usted paga su copago o coseguro. Por lo general, permanecerá en esta etapa hasta que el costo total de los medicamentos acumulado en lo que va del año alcance los $2,400. A partir de ahí, pasará a la etapa de cobertura catastrófica.
Cobertura catastrófica	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Cobertura para residente en un centro de atención a largo plazo	Si vive en un centro de atención a largo plazo y obtiene sus medicamentos de la farmacia, pagará el mismo copago que por una receta de 30 días en una farmacia minorista.

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Beneficio de medicamentos recetados	Etapa de cobertura inicial	
Categoría	**Costos compartidos en farmacias minoristas estándar** (suministro de 30 días)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de 30 días)
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2: Medicamentos genéricos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 5: Medicamentos especializados	25% de coseguro	25% de coseguro

Resumen de beneficios 2027

Beneficio de medicamentos recetados	Etapa de cobertura inicial	
Categoría	**Costos compartidos en farmacias minoristas estándar** (suministro de 60 días)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de 60 días)
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2: Medicamentos genéricos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 5: Medicamentos especializados	Sin cobertura	Sin cobertura
Categoría	**Costos compartidos en farmacias minoristas estándar** (suministro de 90 días)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de 90 días)
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2: Medicamentos genéricos	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Categoría 5: Medicamentos especializados	Sin cobertura	Sin cobertura

Beneficios adicionales	
Examen físico anual	$0 de copago
Equipo médico duradero cubierto por Medicare (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)[1]	$0 de copago
Dispositivos protésicos cubiertos por Medicare (p. ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)[1]	$0 de copago
Acondicionamiento físico (SilverSneakers)	$0 de copago
Comidas con terapia nutricional	Los miembros que padecen COPD, insuficiencia cardíaca crónica (CHF), diabetes o ESRD recibirán una evaluación de terapia nutricional médica y 3 sesiones de seguimiento, orientación y definición de objetivos por cada período de beneficios.
Prevención de readmisiones	Los miembros que hayan recibido el alta tras una hospitalización pagan un copago de $0 por 14 comidas por período de 1 semana. Límite de 8 períodos de beneficio al año.
Comidas para personas con enfermedades crónicas	Los miembros que padecen COPD, insuficiencia cardíaca crónica (CHF), diabetes o ESRD recibirán 14 comidas por semana; 12 semanas consecutivas de comidas. Los miembros también recibirán un máximo de 4 sesiones de terapia nutricional médica. Límite de 4 períodos de beneficio al año.

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Beneficios adicionales	
Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)	$0 de copago por un dispositivo PERS si vive con una discapacidad o afección crónica como COPD, insuficiencia cardíaca crónica (CHF), diabetes o ESRD.
Cuidado rutinario de los pies	$0 de copago por cada visita. 4 visitas por año
Beneficio Flex (artículos de venta libre, alimentos, servicios públicos y alquiler)	Asignación mensual de $75. Los miembros que cumplan los requisitos de elegibilidad pueden destinar la totalidad o una parte de la asignación mensual a la compra por correo de medicamentos de venta libre, o utilizar una tarjeta prepago de atención médica para adquirir alimentos, pagar el alquiler y/o los servicios públicos. El monto no utilizado no es transferible ni mensual ni anualmente.

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

Beneficios adicionales	
Beneficio Flex (artículos de venta libre, alimentos, servicios públicos y alquiler)	▪ 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 ▪ Enfermedad gastrointestinal crónica ▪ Enfermedad renal crónica (CKD) ▪ Trastornos hematológicos graves ▪ HIV/SIDA ▪ Trastornos pulmonares crónicos ▪ Problemas de salud mental crónicos e incapacitantes ▪ Trastornos neurológicos ▪ Accidente cerebrovascular ▪ Atención posterior a un trasplante de órganos ▪ Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores ▪ Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo ▪ Afecciones que suponen dificultades funcionales ▪ Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato ▪ Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento ▪ Bajo peso crónico
Dispositivos de seguridad en el baño y en el hogar	$0 de copago para 2 dispositivos de seguridad en el baño y en el hogar pedidos a través del catálogo del plan.

Si la prima y/o la asistencia con los costos compartidos de Medicare según su estatus de Medicaid cambia, es posible que tenga que pagar una prima mensual y todos los deducibles de Medicare, los gastos máximos de bolsillo y los costos compartidos.

1 Podría requerirse una autorización previa y es responsabilidad del proveedor.
2 La mayoría de los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización previa.
3 Podría requerirse una autorización previa para servicios que no son de emergencia.

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid) Beneficios y costos compartidos

Elegibilidad

El plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO D-SNP) está disponible para beneficiarios tanto de la Parte A como de la Parte B de Medicare y para quienes reciban asistencia médica del programa estatal de Medicaid para cubrir los costos compartidos de Medicare.

Los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime con Doble elegibilidad para beneficios completos (FBDE), Beneficiarios calificados de Medicare (QMB), Beneficiarios calificados de Medicare plus (QMB+) y Beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados plus (SLMB+) están cubiertos por el programa estatal de Medicaid para sus costos compartidos de Medicare.

Costos compartidos y protección para miembros

En el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, el programa estatal de Medicaid paga los costos compartidos por los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted recibe. Usted no paga costos compartidos por los beneficios cubiertos por Medicare descritos en la sección Beneficios hospitalarios y médicos cubiertos de este Resumen de beneficios. Pagará copagos reducidos por medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Estos copagos reducidos solo se aplican mientras usted reciba "ayuda adicional" (Extra Help). Cuando reciba servicios de atención médica cubiertos, el proveedor de la red debe facturar primero a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime y luego a Maryland Medical Assistance. Los proveedores de la red no tienen permitido facturarle el saldo por los servicios cubiertos tanto por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime como por Medicaid.

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, es posible que el proveedor fuera de la red no comprenda el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime o estas normas de facturación. Si recibe una factura de un proveedor por servicios cubiertos por Medicare, informe a Servicios para miembros para poder ayudarlo. Consulte el Capítulo 7, "Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos", de su Evidencia de cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime para obtener más información.

Los beneficios que se describen en la siguiente página están cubiertos por Medicaid. Puede consultar lo que cubre el Maryland Department of Health y lo que cubre nuestro plan. Si se utiliza un beneficio o el mismo no está cubierto por Medicare, es posible que Medicaid brinde cobertura. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid. La cobertura de los beneficios que se describen a continuación depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Independientemente del nivel de elegibilidad de Medicaid que tenga, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime cubrirá los beneficios descritos en las secciones anteriores del Resumen de beneficios. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad de Medicaid o de los beneficios a los que tiene derecho, llame al Maryland Department of Health al 1-855-642-8572. Es posible que Medicaid pague el monto de sus costos compartidos de Medicare, pero esto dependerá de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si Medicare Original no cubre un servicio o el beneficio se agotó, Medicaid podría ayudar, pero es posible que deba pagar una parte del costo.

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Beneficios del programa de Maryland Medical Assistance (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Servicios de ambulancia	Solo de emergencia	Cubierto
Centro de cirugía ambulatoria	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Cubierto	Cubierto
Consultas médicas	Cubierto	Cubierto
Servicios de atención médica en el hogar	Cubierto	Cubierto
Servicios de cuidados paliativos	Cubierto	Cubierto por Medicare Original; no cubierto por el plan
Cobertura de hospitalización	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Servicios de urgencia	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental	Cubierto	Cubierto
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto

Declaración de Maryland Medicaid Assistance (Medicaid)

Beneficios	Medicaid	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
Servicios de podología (cuidado de los pies)	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF)	Cubierto	Cubierto con límites en cuanto al número de días por período de beneficio
Transporte de rutina	Cubierto con límites	Cubierto con límites
Servicios de la visión	Cubierto	Cubierto
Programa de salud y bienestar	Sin cobertura	Cubierto
Comidas con terapia nutricional médica	Sin cobertura	Cubierto
Telesalud	Cubierto con límites	Cubierto
Sistema de respuesta ante emergencias personales	Cubierto con límites	Cubierto

CareFirst Medicare Advantage

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid del estado de Maryland. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage 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.