

2027

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, 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 y Blue Shield.

Y0154_H7379_MA04557IND_M_SPN

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO), ofrecido por CareFirst Advantage PPO, Inc. (d/b/a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage)

Aviso anual de cambios para 2027

Está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO).

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 2026, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO).
- 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. Encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.carefirst.com/medicareadvantage o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame al número de Servicios a Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 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. 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.

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: el 31 de julio de 2029)

Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

- 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.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa CareFirst Advantage PPO, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO). A partir del 1 de enero de 2027, recibirá cobertura médica y de medicamentos a través de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos para realizar un cambio.

Y0154_H7379_MA04557IND_M_SPN

Índice

Resumen de los costos importantes para 2027 5

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 10
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 13
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados 14

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 18

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 19
Sección 3.1 Fechas límites para cambiar de plan 20
Sección 3.2 ¿Existen otros períodos en el año en que pueda hacer un cambio? 21

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar por medicamentos recetados 21

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 23
Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) 23
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 23
Obtenga ayuda de Medicare 24

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.	$42.00	**$45.00**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el 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 obtener más detalles.)	De proveedores de la red: $7,300 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $12,300	**De proveedores de la red: $6,300** **De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $10,750**
Visitas de atención primaria al consultorio	$0 de copago por cada visita	**$0 de copago por cada visita**
Visitas a consultorios de médicos especialistas	$35 de copago por cada visita	**$25 de copago por cada visita**
Hospitalizaciones Incluye diversos tipos de hospitalizaciones, como atención para casos agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se formaliza su ingreso por orden médica y termina el día anterior al día en que recibe el alta.	$385 de copago por cada día para los días 1 al 5 $0 de copago por cada día para los días 6 al 90	**$385 de copago por cada día para los días 1 al 5** **$0 de copago por cada día para los días 6 al 90**

	2026 (este año)	**2027 (el próximo año)**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, incluidas las etapas de Deducible Anual, Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D $0	**Deducible de la cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D** **$400 para las Categorías 3, 4 y 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos**
	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	**Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:**
	Categoría 1 - Genéricos preferidos: Usted paga $0 por cada medicamento recetado.	**Categoría 1 - Genéricos preferidos:** **Usted paga $0 por cada medicamento recetado.**
	Categoría 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga $5 por cada medicamento recetado.	**Categoría 2 - Medicamentos genéricos:** **Usted paga $3 por medicamento recetado.**
	Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga $47 por medicamento recetado. No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.	**Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos:** **Usted paga el 20% del costo total.** **No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.**
	Categoría 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga el 40% del costo total. No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.	**Categoría 4 - Medicamentos no preferidos:** **Usted paga el 40% del costo total.** **No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	Categoría 5 - Medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total. No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto. Etapa de cobertura en caso de catástrofe: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Categoría 5 - Medicamentos especializados: Usted paga 29% del costo total. No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.** **Etapa de cobertura en caso de catástrofe:** **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 (Usted debe seguir pagando su prima de la Medicare Part B).	$42.00	**$45.00**

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: la prima mensual de su plan será *más alta* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por haber pasado 63 días o más sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura de medicamentos que sea,

al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable).

- Recargo por mayores ingresos: si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional cada mes por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Programa de Ayuda Adicional: la prima mensual del plan será *menor* si recibe el programa de Ayuda Adicional para afrontar los costos de los medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre el programa de Ayuda Adicional de Medicare.

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 dentro de la red Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) proporcionados por proveedores de la red **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados **no cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo.	$7,300	**$6300** **Una vez que haya pagado $6,300 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 proporcionados por proveedores de la red por el resto del año calendario.**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo combinado Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) proporcionados por proveedores dentro y fuera de la red **cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Su prima del plan y los costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios **no cuentan** para su monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.	$12,300	**$10 750** **Una vez que haya pagado $10,750 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 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* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html de 2027 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 al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal 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 lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un Período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan.

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 recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el 2027 *Directorio de farmacias* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-planresources.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.carefirst.com/medicareadvantage.
- Llame a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (los usuarios de TTY llaman 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 su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda.

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

	2026 (este año)	Aviso anual de cambios (el próximo año)
Servicios adicionales de telesalud: especialista	$35 de copago	**$25 de copago**
Centro de cirugía ambulatoria	$185 de copago	**$300 de copago**
Asignación para servicios dentales integrales	$1,500 de asignación	**$1,700 de asignación**
Cuidado de emergencia	$100 de copago	**$110 de copago**

	2026 (este año)	Aviso anual de cambios (el próximo año)
Acondicionamiento físico fuera de la red	El miembro debe usar la red de SilverSneakers para utilizar este beneficio.	**Reembolso máximo de $5 al año. Consulte la Evidencia de cobertura para conocer los requisitos de elegibilidad y las limitaciones.**
Audífonos fuera de la red	El miembro debe usar la red de NationsHearing para utilizar este beneficio.	**95% de coseguro por oído al año. Consulte la Evidencia de cobertura para conocer los requisitos de elegibilidad y las limitaciones.**
Examen de audición y ajuste de audífono fuera de la red	El miembro debe usar la red de NationsHearing para utilizar este beneficio.	**95% de coseguro. Consulte la Evidencia de cobertura para conocer los requisitos de elegibilidad y las limitaciones.**
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico	$250 de copago	**$300 de copago**
Terapia ocupacional	$5 de copago	**$10 de copago**
Servicios del programa de tratamiento de opioides	$0 de copago	**$35 de copago**
Costos compartidos fuera de la red para la mayoría de los servicios dentales y de la vista cubiertos y no cubiertos por Medicare	La mayoría de los servicios dentales y para la vista cubiertos por Medicare y no cubiertos por Medicare tienen un coseguro del 40%	**La mayoría de los servicios dentales y de la vista cubiertos por Medicare y no cubiertos por Medicare tienen un coseguro del 50%**

	2026 (este año)	Aviso anual de cambios (el próximo año)
Diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios	$175 de copago; $0 por mamografías diagnósticas	**$250 de copago; $0 por mamografías diagnósticas**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	$275 de copago; $0 de colonoscopia	**$500 de copago; $0 de colonoscopia**
Observación para pacientes ambulatorios	$275 de copago	**$240 de copago**
Artículos de venta libre (OTC)	$55 por trimestre	**No cubierto.**
Cobertura de suministros para la diabetes de la Parte B: gestión de utilización	Los suministros para la diabetes de la Parte B, como los monitores continuos de glucosa (continuous glucose monitors, CGM), no requerían autorización previa.	**Es posible que algunos suministros para la diabetes de la Parte B, como los monitores continuos de glucosa (CGMs), requieran autorización previa o estén sujetos a límites en la cantidad cubierta.**
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.**
Acupuntura de rutina no cubierta por Medicare	Copago de $10; 12 visitas anuales	**No cubierto**

	2026 (este año)	Aviso anual de cambios (el próximo año)
Servicios quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare	$5 de copago; 12 visitas por año	**No cubierto**
Podología de rutina no cubierta por Medicare	$5 de copago; 12 visitas por año	**No cubierto**
Centro de enfermería especializada (SNF)	$180 de copago para los días del 21 al 100	**$140 de copago para los días del 21 al 100**
Transporte (que no sea de emergencia)	$0 para 32 viajes de ida	**No cubierto**

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 medicamentoscompleta llamando a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.

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 de la Lista de medicamentos entran en vigor 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, consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y el profesional que le receta sus medicamentos para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar con dicho profesional para encontrar otro medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 888-970-0917 (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 (programa de 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 el programa de Ayuda Adicional para pagar por medicamentos recetados*, en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe el programa de Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY llaman al 711) y solicite la *Cláusula 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 las Categorías 3, 4 y 5 hasta alcanzar 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, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, 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 receta durante esta etapa

	2026 (este año)	**2027 (el próximo año)**
Deducible anual	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	**$400 (niveles 3-5), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costos compartidos por receta para medicamentos en la Categoría 1 (genérico preferido) y $3 de costos compartidos por receta para medicamentos en la Categoría 2 (genérico) y el costo total de los medicamentos en la Categoría 3 (marca preferida), Categoría 4 (medicamento de marca no preferido) y Categoría 5 (categoría especializada) hasta que haya alcanzado el deducible.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos de la Categoría 3 (marca preferida), su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro. Consulte el siguiente cuadro para ver qué cambios se realizarán de 2026 a 2027.

Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos. 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 sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas con envío 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 - Genéricos preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de 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** **El costo que debe pagar por una receta con envío por correo de un mes (30 días) es de $0.**
Categoría 2- Medicamentos genéricos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	$5 de copago por medicamento recetado	**$3 de copago por medicamento recetado** **El costo que debe pagar por una receta con envío por correo de un mes (30 días) es de $3.**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Categoría 3 - Medicamentos de marca preferidos Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	$47 de copago por medicamento recetado Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**Usted paga el 20% del costo total** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.** **El costo que debe pagar por una receta con envío por correo para un suministro de un mes de 30 días es del 20% del costo total.**
Categoría 4- Medicamento no preferido Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga el 40% del costo total Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**Usted paga el 40% del costo total** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.** **El costo que debe pagar por una receta con envío por correo de un mes (30 días) es el 40% del costo total.**
Categoría 5 - categoría de medicamentos especializados Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en una categoría distinta, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga el 33% del costo total Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.	**Usted paga el 29% del costo total** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.** **El costo que debe pagar por una receta con envío por correo para un suministro de un mes (30 días) es del 29% del costo total.**

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	Aviso anual de cambios (el próximo año)
Número de fax de apelaciones y reclamos	Apelaciones sobre pagos por servicios 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	• Servicios para pacientes hospitalizados: 443-753-2341 • Servicios para pacientes ambulatorios: 443-753-2342 • Servicios de atención domiciliaria y equipo médico duradero: 443-753-2343 • Terapias ambulatorias: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: 443-753-2346 • Salud conductual y consumo de sustancias: 443-753-2347	**443-753-2346 para todos los servicios**
Programa Healthy Rewards - Vacuna contra la gripe	Usted obtuvo una recompensa de $10 por la vacuna anual contra la gripe	**Recibirá una recompensa de $20 por su vacuna anual contra la gripe**

	2026 (este año)	Aviso anual de cambios (el próximo año)
Programa de recompensas saludables - Evaluación de riesgos de salud	Obtuvo una recompensa saludable por completar una Evaluación de riesgos de salud (HRA).	**Ya no puede obtener una recompensa saludable por completar la Evaluación de riesgos de salud (HRA).**
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 14063** **Lexington, KY 40512**
Área de servicio del plan	El área de servicio del plan incluía todo Maryland y Washington, D.C.	**El área de servicio del plan incluye los siguientes condados de Maryland: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para continuar en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO), no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO).

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 le cancelará automáticamente la inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO). 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 Original Medicare con cobertura separada para medicamentos de Medicare**, puede inscribirse en un plan de la Parte D, y su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) se cancelará automáticamente.
- **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 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. 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 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 tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Fechas límites 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, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben el programa de Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos
- Tiene o dejará de tener cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro 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 reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Programa de 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 califica, 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, 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 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 Personas 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 Maryland AIDS Drug Assistance Program al 410-767-6535 o gratuitamente al 800-205-6308. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de Medicare Parte D o el número de póliza.

- **Medicare Prescription Payment Plan.** El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo correspondientes a los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuir esos gastos 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 Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección 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.

  El programa de 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 saber más sobre esta opción de pago, llámenos al 888-970-0917 (los usuarios TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.)**

  Podemos atender sus 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 coberturade 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2027 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO). 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 en www.carefirst.com/medicareadvantage o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 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/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, State Health Insurance Assistance Program) 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. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare 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 Usted2027**

  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.