CareFirst Medicare Advantage

2027

# Resumen de beneficios

## CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

**H7379-002**

**1 de enero de 2027 - 31 de diciembre de 2027**

- Llame al 833-536-2001 (TTY:711)
- 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 lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre

**www.carefirst.com/medicareadvantage**

# Resumen de beneficios 2027

## CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO)

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

La información sobre beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener la lista completa de servicios que cubrimos, consulte el documento "Evidencia de Cobertura" o consiga una copia en línea en www.carefirst.com/medicareadvantage.
Este plan cuenta con un Directorio de proveedores que incluye todos los proveedores de la red, disponible en www.carefirst.com/medicareadvantage.

### ¿Quién es elegible para nuestros planes?

Toda persona que reúna los requisitos para la Parte A de Medicare, que esté inscrita en la Parte B de Medicare y que viva en nuestra área de servicio. El área de servicio de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage 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.

### Conozca sus opciones

Las opciones de beneficios de Medicare están disponibles a través de Medicare Original, que está administrada 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 Medicare Advantage. La herramienta "Plan Finder" (Buscador de planes) de Medicare está disponible en **medicare.gov**. Además, puede consultar el manual "Medicare y Usted" gratis en el mismo sitio web. Los manuales impresos están disponibles a solicitud: para obtener su 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.

### 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/medicareadvantage**. O, llámenos y le enviaremos una copia del directorio de farmacias.

### ¿Desea obtener más información?

Para obtener más información, llámenos al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en www.carefirst.com/medicareadvantage.

## Resumen de beneficios 2027

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan** | $45 | |
| **Deducible** | $0 | |
| **Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)** | $6300 | $10 750 (combinado con dentro de la red) |
| **Cobertura de hospitalización** | | |
| **Cobertura de hospitalización por parte de Medicare**[1] | $385 de copago por día para los días 1-5;<br>$0 de copago para los días 6-90<br>Nuestro plan cubre 90 días por cada hospitalización cubierta por Medicare.<br>Se aplican los días de reserva de por vida. | 50% de coseguro |
| **Cobertura de hospitalización psiquiátrica por parte de Medicare**[1] | $300 de copago por los días 1-5;<br>$0 de copago los días 6-90 | 50% de coseguro |
| **Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios** | | |
| **Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios por parte de Medicare, incluidas cirugías**[1] | $500 de copago;<br>$0 de colonoscopia | 50% de coseguro |
| **Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare**[1] | $240 de copago | 50% de coseguro |
| **Centro de cirugía ambulatoria (ASC) cubierto por Medicare**[1] | $300 de copago | 50% de coseguro |

## Resumen de beneficios 2027

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)** | | |
| **Proveedores de atención primaria (PCP) cubiertos por Medicare** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Especialistas cubiertos por Medicare** | $25 de copago | 50% de coseguro |
| **Atención preventiva cubierta por Medicare** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Atención de emergencia cubierta por Medicare** | $110 de copago | |
| **Servicios de urgencia cubiertos por Medicare** | $10 de copago | |
| **Servicios de diagnóstico, laboratorios y diagnóstico por imagen** | | |
| **Pruebas y procedimientos cubiertos por Medicare[1, 2]** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare[1, 2]** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare (p. ej., TC, IRM)[1]** | $250 de copago;<br>$0 para mamografías | 50% de coseguro |
| **Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare[1]** | $80 de copago | 50% de coseguro |
| **Radiografías cubiertas por Medicare** | $20 de copago | 50% de coseguro |
| **Servicios de audición** | | |
| **Examen para diagnosticar y tratar problemas de** | $20 de copago | 50% de coseguro |

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **audición y equilibrio cubierto por Medicare** | | |
| **Exámenes de audición de rutina** | $0 una vez al año | 95% de coseguro |
| **Audífonos** | Niveles de audífonos:<br>Entrada: $400<br>Básico: $575<br>Prime: $875<br>Preferido: $1175<br>Avanzado: $1475<br>Prima: $1875 | 95% de coseguro por oído al año. |
| **Servicios dentales** | | |
| **Atención dental integral cubierta por Medicare** | $40 de copago | 50% de coseguro |
| **Atención dental preventiva** | Cobertura dental de rutina: Atención dental preventiva (exámenes bucales, profilaxis, radiografías dentales y tratamiento con flúor): copago de $0 | 50% de coseguro |
| **Cobertura dental integral adicional**<br>Se puede requerir una revisión clínica para los servicios dentales no preventivos. | $1700 de asignación anual para servicios dentales integrales | 50% de coseguro |
| **Servicios de la visión** | | |
| **Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, cubierto por Medicare** | $20 de copago | 50% de coseguro |

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Prueba preventiva de detección de glaucoma cubierta por Medicare** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Anteojos o lentes de contacto, posterior a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Examen ocular para personas con diabetes cubierto por Medicare** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Examen de la vista de rutina** | $0 de copago una vez al año | 50% de coseguro |
| **Asignación para anteojos** | **Cobertura adicional para artículos para la vista:**<br>Artículos para la visión (armazones y lentes): copago de $10 para lentes de anteojos<br>▪ Algunos armazones comprados de la colección exclusiva de Davis Vision estarán cubiertos en su totalidad a través de nuestro proveedor.<br>▪ $200 de asignación anual para cualquier otro armazón.<br>▪ Los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares tienen $10 de copago al año por cada tipo de lente. | 50% de coseguro; máximo de $200 para armazones, lentes o lentes de contacto |

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| | Lentes de contacto (por motivos médicos y no médicos):<br>▪ Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision.<br>▪ $250 de asignación anual para lentes de contacto por motivos no médicos.<br>▪ La evaluación y ajuste de lentes de contacto tiene un copago máximo de $60 y el ajuste de lentes de contacto corneales tiene un copago de $0. | |
| **Servicios de salud mental** | | |
| **Visitas individuales al consultorio cubiertas por Medicare** | $5 de copago | 50% de coseguro |
| **Visitas colectivas al consultorio cubiertas por Medicare** | $5 de copago | 50% de coseguro |
| **Otros beneficios y servicios** | | |
| **Centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare**[1] | $0 de copago para los días 1 al 20<br>$140 de copago para los días 21 al 100 | 50% de coseguro |
| **Fisioterapia cubierta por Medicare**[1] | $5 de copago | 50% de coseguro |

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare[3]** | $200 de copago | 50% de coseguro |
| **Servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare[3]** | $200 de copago | 50% de coseguro |
| **Transporte de rutina** | No está cubierto | No está cubierto |
| **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.* | De 0% a 20% de coseguro | 50% de coseguro |

*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

| Beneficios de medicamentos recetados | |
|---|---|
| **Deducible anual para medicamentos recetados** | $400 para los niveles 3, 4 y 5 |
| **Etapa de cobertura inicial** | 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. |

| **Beneficios de medicamentos recetados** | | |
|---|---|---|
| **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 de ese centro, pagará los mismos copagos que por recetas de 30 días en una farmacia minorista. | |
| **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** | $3 de copago | $3 de copago |
| **Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos** | 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| **Categoría 4: Medicamentos no preferidos** | 40% de coseguro | 40% de coseguro |
| **Categoría 5: Medicamentos especializados** | 29% de coseguro | 29% de coseguro |
| **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** | $6 de copago | $3 de copago |
| **Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos** | 20% de coseguro | 20% de coseguro |

| Beneficios de medicamentos recetados | | |
|---|---|---|
| **Categoría 4: Medicamentos no preferidos** | 40% de coseguro | 40% de coseguro |
| **Categoría 5: Medicamentos especializados** | No cubierto | No cubierto |
| **Categoría** | **Costos compartidos en farmacias minoristas estándar** (suministro de 100 días para las Categorías 1 a 3) (suministro de 90 días para la Categoría 4) | **Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de 100 días para las Categorías 1 a 3) (suministro de 90 días para la Categoría 4) |
| **Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos** | $0 de copago | $0 de copago |
| **Categoría 2: Medicamentos genéricos** | $9 de copago | $3 de copago |
| **Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos** | 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| **Categoría 4: Medicamentos no preferidos** | 40% de coseguro | 40% de coseguro |
| **Categoría 5: Medicamentos especializados** | No cubierto | No cubierto |

| Beneficios adicionales | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Examen físico anual** | $0 de copago | 50% de coseguro |
| **Equipo médico duradero cubierto por Medicare (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)[1]** | 20% de coseguro | 50% de coseguro |

| Beneficios adicionales | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Dispositivos protésicos cubiertos por Medicare (p. ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)[1]** | 20% de coseguro | 50% de coseguro |
| **Acondicionamiento físico (SilverSneakers)** | La asignación anual cubre este beneficio en su totalidad a través de nuestro proveedor contratado. | Reembolso máximo de $5 al año. |

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.*

CareFirst Medicare Advantage

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS:

©2026 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsBenefits es una marca registrada de NationsBenefits, LLC. Todas las demás marcas comerciales que se muestran son propiedad de sus respectivos dueños.

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.

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 and Blue Shield.