

# CareFirst<sup>®</sup>

---

## Medicare Advantage

2022

Aviso Anual de Cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

1 enero 2022 - 31 diciembre 2022

# CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) ofrecido por CareFirst Advantage DSNP, Inc (que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage)

## Aviso anual de cambios para el 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Dual Prime. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

---

### ¿Qué debe hacer ahora?

#### 1. PREGUNTE: Qué cambios aplican para usted

Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 2.2 y 2.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan.

Revise los cambios en el folleto sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con una distribución de costos distinta?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de que surta su receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por utilizar esta farmacia?
- Revise la Lista de Medicamentos del 2022 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los costos de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “tableros” que aparece en medio de la segunda Nota al final de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también le muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y demás proveedores permanecerán en nuestra red el próximo año.
- ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que ve con regularidad, en nuestra red?
  - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
  - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Evalúe sus gastos generales de salud.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usted utiliza regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si nuestro plan le satisface.
- 2. COMPARE:** Conozca otras opciones de planes.
- Revise la cobertura y los costos de los planes de su área.
- Utilice la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista en el reverso de su guía *Medicare y Usted 2022*.
  - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
- 3. SELECCIONE:** Decida si quiere cambiar su plan
- Si al 7 de diciembre del 2021, no se ha inscrito en otro plan, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
  - Si desea **cambiarse a un plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la página 13 de la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, debe inscribirse en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**

- Si al **7 de diciembre del 2021** no se ha inscrito en otro plan, permanecerá inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2022**. Se anulará automáticamente su inscripción en su plan actual.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762. (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, desde el 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, desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos alternativos, como sistema braille y letras grandes.
- **La cobertura bajo este plan se considera una Cobertura de salud calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime**

- CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es un plan HMO-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el estado de Maryland. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime depende de la renovación del contrato.
  - En este folleto, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa CareFirst Advantage DSNP, Inc. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
-

## Resumen de los costos importantes para el 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2021 con los costos del año 2022 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp). También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se le envió por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. Además, puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$32.30	\$37.00
* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
<b>Deducible</b>	\$203	\$203
	Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.	Estos son los montos de distribución de costos del 2021 y podrían cambiar para el 2022. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.  Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: 20% coseguro por visita. <b>No</b> se requiere autorización para visitas domiciliarias. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de	Visitas de atención primaria: 20% coseguro por visita. <b>No</b> se requiere autorización para visitas domiciliarias. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: 20% coseguro por visita. <b>No</b> se requiere autorización para especialistas de control del dolor y de estudios del sueño.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p>	<p>Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p> <p>Visitas a un especialista: 20% coseguro por visita. <b>No</b> se requiere autorización para especialistas de control del dolor y de estudios del sueño.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Incluye servicios de hospital para casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otro tipo de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta se considera su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Días 1 a 60: \$1,484 deducible.</p> <p>Días 61 a 90: \$371 por día.</p> <p>Días 91 a 150: \$742 por día de reserva de por vida.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Días 1 a 60: \$1,484 deducible.</p> <p>Días 61 a 90: \$371 por día.</p> <p>Días 91 a 150: \$742 por día de reserva de por vida.</p> <p>Estos son los montos de distribución de costos del 2021 y podrían cambiar para el 2022. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$445</p> <p>Si es elegible para “Ayuda Adicional” (Extra Help) de</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p>Si es elegible para “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, su deducible de la parte D será de \$0.</p>

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>Medicare, su deducible de la parte D será de \$0.</p> <p>Coseguro durante la Etapa inicial de cobertura: 25% del costo por receta. Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), usted paga: \$0, \$1.30 o \$3.70 copago. Para todos los demás medicamentos, usted paga : \$0, \$4.00 o \$9.20 copago.</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,550 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>	<p>Coseguro durante la Etapa inicial de cobertura: 25% del costo por receta. Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), usted paga: \$0, \$1.35 o \$3.95 copago. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.00 o \$9.85 copago.</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	<b>\$7,550</b>	<b>\$7,550</b>
<p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará en gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p>

## **Aviso anual de cambios para el 2022**

### **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para el 2022 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Vamos a cambiar el nombre del plan .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>5</b>
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo .....	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores .....	6
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias .....	7
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	7
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	8
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>13</b>
Sección 4.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime .....	13
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan .....	13
<b>SECCIÓN 5 Cambio de plan .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Preguntas? .....</b>	<b>16</b>
Sección 8.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime ....	16
Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare .....	16
Sección 8.3 – Obtener ayuda de Medicaid .....	17



## SECCIÓN 1 Vamos a cambiar el nombre del plan

El 1 de enero del 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de Dual Prime a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 –Cambios en la prima mensual

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$32.30	\$37.00
(Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).		

### Sección 2.2 –Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

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

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	\$7,550	\$7,550
<b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo.</b>		Una vez que haya pagado \$7,550 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
Si es elegible para la asistencia de Medicaid con copagos y deducibles de		

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo después de alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>		<p>de la Parte B por el resto del año calendario.</p>

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp). También puede llamar a Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo postal. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias del 2022 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos efectuar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay diversas razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo por avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor para que gestione su atención.

---

## Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con 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.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp). También puede llamar a Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo postal. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias del 2022 para conocer las farmacias que están en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos. A continuación, se describen estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga)*, en su *Evidencia de Cobertura del 2022*. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

### Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan que padecen el trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los medicamentos opiáceos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA)
- Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento por abuso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de consumo

- Evaluaciones periódicas

Costos	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Servicios dentales integrales</b>	Asignación anual de \$1,000 para servicios (el miembro debe pagar todos los costos que superen la asignación)	Asignación anual de \$1,500 para servicios (el miembro debe pagar todos los costos que superen la asignación)
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	Asignación trimestral de \$90 a través del catálogo del plan	Asignación trimestral de \$150 a través del catálogo del plan

## Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados 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.

Hemos hecho cambios a esta lista, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos.

**Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Póngase de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) y solicite que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicio para Miembros.
- **Póngase de acuerdo con su médico (o emisor de la receta) para encontrar un medicamento diferente** que esté dentro de nuestra cobertura. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos se nos pide que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días como afiliado del plan con el fin de evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué debe hacer cuando se termine el

suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que el plan cubra o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma actualmente.

Las excepciones del formulario que se aprobaron en el 2021 para los miembros actuales se respetarán hasta el final del período de aprobación, a menos que exista una versión genérica aprobada por la FDA. Se requiere una nueva solicitud de excepción del formulario en el 2022, en el momento en que haya caducado una excepción previa del formulario para el mismo medicamento.

Los miembros actuales que recibieron un suministro temporal de medicamento en 2021 por un medicamento que no se encontraba en el formulario del 2022 no serán elegibles para acceder a otro suministro temporal de medicamento en 2022.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, usted aún puede coordinar con su médico (u otro emisor de la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea como está programado y le brindaremos otra información requerida que refleje los cambios en los medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que realizamos a la Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura).

### **Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

*Nota:* Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos “Ayuda Adicional” (Extra Help), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un folleto separado denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y no ha recibido este folleto al 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa inicial de cobertura. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de Cobertura*).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Debido a que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

### Cambios en la distribución de costos en la Etapa de cobertura inicial

Para informarse sobre cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo</b>.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando se surte su receta en una farmacia de la red que proporciona una distribución de costos estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar:</p> <p><b>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</b></p> <p>Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 por receta médica según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.20 por receta médica según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,550 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar:</p> <p><b>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</b></p> <p>Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>

### Cambios en la Etapa sin cobertura y en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe

La Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas cuyos costos en medicamentos son elevados. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de las etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Dirección de Servicios para Miembros (para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación, las decisiones de cobertura, las apelaciones y las quejas)	1966 Greenspring Drive, Suite 100 Timonium, MD 21093	P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web del plan	<a href="http://www.UMMedicareAdvantage.org">www.UMMedicareAdvantage.org</a>	<a href="http://www.carefirst.com/mddsnp">www.carefirst.com/mddsnp</a>
Nombre del plan	Dual Prime	CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
Área de servicio del plan	Nuestra área de servicio incluye estos condados en Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Queen Anne's y Talbot.	Nuestra área de servicio incluye estos condados en Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Queen Anne's, St. Mary's, Somerset, Talbot, Wicomico y Worcester.

<b>Descripción</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (el próximo año)</b>
Número de teléfono de Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D	410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762	855-893-8524 o al 844-786-6762
Número de fax de Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D	844-329-0831	855-633-7673
Dirección de Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievance Department 1966 Greenspring Drive, Suite 100 Timonium, Maryland 21093	CVS Caremark Coverage Determinations/ Exceptions P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
Número de teléfono de Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762	855-893-8524 o al 844-786-6762
Número de teléfono de Quejas de medicamentos recetados de la Parte D	410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762	855-893-8524 o al 844-786-6762
Número de fax de Quejas de medicamentos recetados de la Parte D	844-329-0831	855-633-7673
Dirección de Quejas de medicamentos recetados de la Parte D	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievance Department 1966 Greenspring Drive, Suite 100 Timonium, Maryland 21093	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
Número de teléfono de Solicitud de pago por medicamentos recetados de la Parte D	844-786-6762	855-893-8524 o al 844-786-6762



## SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

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

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse para el año 2022, siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- *O* -- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe o no en un plan de medicamentos de Medicare.

Para saber más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea la guía *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6 ) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede hacer lo siguiente:
  - Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comunicarse con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 8.1 de este folleto).

- – *O* – comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

## SECCIÓN 5 Cambio de plan

Si usted desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio se hará efectivo a partir del 1 de enero del 2022.

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

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional ” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están cancelando su cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios, pueden tener permitido realizar cambios en otros períodos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero del 2022 y no le gusta su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Maryland, el SHIP se denomina State Health Insurance Assistance Program.

El State Health Insurance Assistance Program es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Ellos también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a State Health Insurance Assistance Program al 410-767-1100 o al número gratuito 800-243-3425. Para obtener más información sobre State Health Insurance Assistance Program, visite su sitio web <https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Maryland Medical Assistance (Medicaid), comuníquese con Maryland Medical Assistance (Medicaid) al 410-767-5800 o al número gratuito 800-456-8900 (TTY 711). Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Maryland Medical Assistance (Medicaid).

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, encontrará la lista de los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional ” (Extra Help), también conocida como Subsidio por bajos ingresos. “Ayuda Adicional ” (Extra Help) paga algunas primas por medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que califica, no tiene un período sin cobertura ni se le aplica una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre “Ayuda Adicional ” (Extra Help), llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre 7 a. m. y 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Maryland tiene un programa denominado Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia para la distribución de costos de los medicamentos recetados para personas con HIV/AIDS.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para AIDS (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con HIV/AIDS que reúnen los requisitos para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el HIV que pueden salvar sus vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de Estado, la condición de enfermo de HIV, bajos ingresos según lo defina el Estado, y que presente estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con la distribución de costos de medicamentos recetados por medio de Maryland AIDS Drug Assistance Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 410-767-6535 o al número gratuito 800-205-6308.

## SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

---

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 410-779-9932 o al número gratuito 844-386-6762. (Solo para TTY, llame 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, desde el 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, desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de Cobertura* del 2022 (en esta se detallan los beneficios y los costos para el próximo año).**

En este *Aviso anual de cambios* se proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el 2022. Para obtener más información, revise la *Evidencia de Cobertura* del 2022 de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.carefirst.com/mddsnp](http://www.carefirst.com/mddsnp). No olvide que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

### Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información de Medicare en forma directa:

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

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

#### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

### **Lea *Medicare y Usted 2022***

Puede leer la guía *Medicare & Usted 2022*. Todos los años en otoño, se envía este folleto a las personas con Medicare. En este se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### **Sección 8.3 – Obtener ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid puede llamar a Maryland Medical Assistance (Medicaid) al 410-767-5800 o al número gratuito 800-456-8900. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.