

CareFirst

Medicare Advantage

2023

Aviso anual de cambios

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)

Vigente del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage DSNP, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc., que son titulares de licencias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

Y0154_H8854_002_MA0530_M_Archivo y uso: 08/22/2022

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 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de los costos importantes, incluidas las primas.**

En este documento, se explican los cambios que se aplican a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.carefirstmddsnp.com. También puede llamar a Servicios para miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

¿Qué debe hacer ahora?

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médicos y hospitales).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos del 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- 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 el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra en el reverso de la guía *Medicare y usted 2023*.
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si al 7 de diciembre del 2022 no se ha inscrito en otro plan, permanecerá en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Puede **cambiarse a unplan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2023**. Esto finalizará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime.
- Consulte la página 14 de la Sección 3 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una o acaba de mudarse de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

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.
- Para que le proporcionemos información de una manera que le acomode, llame a Servicios para Miembros. También podemos brindarle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.
- **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 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 documento, “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.

Aviso anual de cambios para 2023 **Índice**

Resumen de los costos importantes para el 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Cambio de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	17
Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime	17
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare	17
Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid	18

Resumen de los costos importantes para el 2023

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2022 con los costos del año 2023 para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime en distintas áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	\$37.00	\$39.20
* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		
Deducible	\$233	\$233
	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 2022 y podrían cambiar para el 2023. 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.
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare a través de Medicaid, usted deberá pagar \$0 por visita. Visitas a un especialista: 20% de coseguro por visita

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>Visitas a un especialista: 20% de coseguro por visita 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>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>
Hospitalizaciones	<p>Días del 1 al 60: \$1,556 de deducible. Días del 61 al 90: \$389 por día. Días del 91 al 150: \$778 por día de reserva de por vida. 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>Días del 1 al 60: \$1,556 de deducible. Días del 61 al 90: \$389 por día. Días del 91 al 150: \$778 por día de reserva de por vida. Estos son los montos de distribución de costos del 2022 y podrían cambiar para el 2023. 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 por visita.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$480 Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0. Coseguro durante la etapa inicial de cobertura: 25% del costo por receta. Para medicamentos genéricos (incluidos</p>	<p>Deducible: \$505 Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare, su deducible de la Parte D será de \$0. Coseguro durante la etapa inicial de cobertura: 25% del costo por receta. Para medicamentos genéricos (incluidos</p>

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>medicamentos de marca (tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.35 o \$3.95 de copago. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.00 o \$9.85 de 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>	<p>medicamentos de marca (tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.45 o \$4.15 de copago. Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago.</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,400 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>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <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 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$7,550</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>\$8,300</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>

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

Sección 1.1 –Cambios en la prima mensual

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual	\$37.00	\$39.20
(Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).		

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 alcanzado 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.

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$7,550	\$8,300
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,300 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
Si es elegible para la asistencia de Medicaid con copagos y deducibles de		

Costos	2022 (este año)	2023 (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 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.carefirstmddsnp.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o solicitarnos que le enviemos un directorio de farmacias por correo postal.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias del 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias del 2023 para conocer las farmacias que están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio que realizamos en nuestros proveedores a mitad de año le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – 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.

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Kit para ejercicios en el hogar	Kit para ejercicios en el hogar gratuito.	El kit para ejercicios en el hogar ya no está cubierto.
Beneficio combinado (productos de venta libre para todos los miembros, y servicios de entrega de víveres y servicios públicos para los miembros que cumplan con los requisitos)	Sin beneficio combinado.	<p>Todos los miembros pueden utilizar una asignación mensual de \$90 para el envío por correo de productos de venta libre (OTC). Sin embargo, los miembros que cumplan con los requisitos pueden usar toda o una parte de la asignación mensual para los servicios de entrega de víveres o servicios públicos a través de una tarjeta de débito que proporciona el plan. Cualquier beneficio no utilizado vence al final de cada mes y no se puede transferir al siguiente mes. No existe renovación anual. Estos son los requisitos a cumplir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica al alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos agudos • VIH/SIDA • Enfermedad pulmonar crónica • Trastornos de la salud mental crónicos e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidentes cardiovasculares

Costos	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos para la salud BMI • Discapacidad física. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos de la Evidencia de cobertura en el Capítulo 4.
Productos y medicamentos de venta libre (OTC)	\$150 por trimestre	Todos los miembros pueden utilizar una asignación mensual de \$90 para el envío por correo de productos de venta libre (OTC). Sin embargo, este beneficio ahora se combina con los servicios de entrega de víveres y servicios públicos. Para obtener más información, consulte los beneficios combinados (de venta libre para todos los miembros y servicios de entrega de víveres y servicios públicos para los miembros que cumplan los requisitos).
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	No está cubierto	Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas cubierta sin costo para los miembros.
Criterios del beneficio de transporte	24 viajes de transporte directos de ida y vuelta para acudir a los lugares aprobados por el plan.	24 viajes de transporte directos de ida y vuelta para asistir a cualquier instalación de la salud.
Máximo de beneficios dentales integrales	Máximo anual de \$1,500 para servicios dentales integrales	Máximo anual de \$2,000 para servicios dentales integrales

Sección 1.5 – 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 ver si habrá restricciones.

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. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos que la FDA considere inseguros o que un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el capítulo 9 de la Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

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”. La información a continuación muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no existe un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</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>Para todos los demás medicamentos:</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>	<p>Su costo por un suministro de un mes proporcionado en una farmacia de la red con una distribución de costos estándar:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica según el nivel de “Ayuda adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica según el nivel de “Ayuda adicional” (Extra Help) que reciba.</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Área de servicio del plan	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	Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Queen Anne's, St. Mary's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico y Worcester
Número de teléfono de Servicios de la visión	844-386-6762	800-879-6901
Número de teléfono de la Evaluación en el hogar	855-290-5744	855-214-4807 (TTY: 711)
Número de fax para la mejor evidencia disponible	844-329-1085	443-753-2080; o número gratuito: 833-915-3864
Número de teléfono del Beneficio de la línea de enfermería (CareNet)	Beneficio no ofrecido.	833-968-1773
Número de teléfono de la Tarjeta Flex	Beneficio no ofrecido.	844-479-6334
Sitio web del plan	www.carefirst.com/mddsn	www.carefirstmdsn.com

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – 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 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse de plan para el año 2023, 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 obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea la guía *Medicare y Usted 2023*, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte la sección 5, o llame a Medicare [consulte la sección 7.2]).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese 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**, inscribese 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. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *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 4 Cambio de plan

Si 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 2023.

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

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros períodos del año. Los ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, las que obtienen “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejarán de tener cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 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 de 2023.

Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una o acaba de salir de ahí (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

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. También pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al 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 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, se indican 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 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 deben llamar al 1-800-325-0778; 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.
- **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 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – 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 los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, 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 2023 (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 2023. Para obtener más información, revise la *Evidencia de Cobertura* del 2023 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.carefirstmddsnp.com. 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.carefirstmddsnp.com. No olvide que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre los costos, la cobertura y el sistema de calificación de calidad con estrellas, lo que lo ayudará a comparar los planes de salud de Medicare en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea la guía *Medicare y Usted 2023*. Todos los años, en otoño, se envía este documento 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – 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.

