



2026 Guía de inscripción e información

Prestando servicios en todos los condados de Maryland

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE DUALPRIME (HMO-SNP)

Esta guía contiene:

- 1 ¡Le damos la bienvenida!
- 2 Descripción de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
- 3 Atención de la salud que es conveniente para usted
- 4 Descripción del plan
- 5 Beneficios adaptados a todas sus necesidades
- 6 Obtenga más cuando elige CareFirst
- 8 ¿Listo para inscribirse?
- 9 Recursos y formularios
- 11 Lista de verificación previa a la inscripción
- 13 Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas
- 15 Instrucciones de inscripción
- 23 Glosario de términos



CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst) ha sido nombrada por el Ethisphere Institute como una de las **World's Most Ethical Companies®** (Compañías más éticas del mundo) durante 13 años consecutivos.

Los nombres y las marcas "World's Most Ethical Companies" y "Ethisphere" son marcas comerciales registradas de Ethisphere LLC.

¡Le damos la bienvenida!

Gracias por su interés en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP). Este plan se creó pensando en sus necesidades y le ofrece toda la cobertura de Original Medicare, sin costo o a bajo costo de bolsillo, además de beneficios adicionales para ayudarle a administrar mejor su salud. Obtenga todos los beneficios que se merece en un plan conveniente que combina su cobertura para servicios hospitalarios, médicos, de medicamentos recetados, dentales, de la vista, exámenes anuales de bienestar y mucho más.

Decidir qué plan de atención de la salud es adecuado para usted es una decisión importante, y no debe apresurarse en tomarla. En este folleto, encontrará toda la información que necesita para ver cómo esta cobertura integral satisface sus necesidades de atención de la salud.

Qué cubrimos:

- Información básica sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime
- ¿Soy elegible?
- Lista de verificación previa a la inscripción
- Solicitud



Estamos aquí para usted

Si tiene alguna pregunta, llame al 844-331-6334 (TTY: 711) para hablar con un agente de ventas autorizado de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Puede hacer lo siguiente:

- Recibir respuesta a sus preguntas
- Programar una reunión presencial
- Conocer más sobre el plan
- Completar una solicitud de inscripción



Descripción de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime

Los planes de necesidades especiales duales son para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime es un plan Medicare Advantage que combina cobertura médica, hospitalaria, de medicamentos recetados y más en un solo plan.



PARTE A
DE MEDICARE



PARTE B
DE MEDICARE



PARTE D
DE MEDICARE

Además, todos estos beneficios adicionales:



TRANSPORTE



DENTAL



BENEFICIO
FLEXIBLE Y MÁS

Con nuestro plan, usted obtiene:

- Acceso a una red nacional de farmacias minoristas e independientes y sin deducible de farmacia.
- Acceso a más de 7,000 proveedores en Maryland.
- **Beneficio flexible:** asignación mensual de \$130 para medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC), alquiler, comestibles o facturas de servicios públicos*.
- \$1,950 cada tres años para un audífono.
- \$3,000 anuales para servicios dentales integrales, incluida la cobertura de dentaduras postizas.
- 54 traslados de ida para necesidades de atención de la salud.
- ¡Y más!

Estos beneficios están disponibles para usted sin costos de prima adicionales.

** Los miembros deben tener una afección que califique para usar los \$130 al mes en alquiler, comestibles o servicios públicos.*



Atención de la salud que es conveniente para usted

¿Tiene Medicaid y Medicare?

Para inscribirse en un plan CareFirst Dual Special Needs, debe tener tanto la tarjeta de Medicare como la de Medicaid.

Ahora puede unirse a:

Un plan de necesidades especiales doble

- Es ofrecido por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare, como CareFirst.
- Incluye su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Incluye la Parte D de Medicare, que es la cobertura para medicamentos recetados.
- Incluye beneficios adicionales, como programas de bienestar, de la vista, de la audición, dentales, de salud, y más.

¿Soy elegible?

Para inscribirse en el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime, usted debe:

- Ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid (Beneficios completos de doble elegibilidad [Full Benefit Dual Eligible, FBDE] o Beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB]).
- Estar inscrito en la Parte B.
- Vivir en nuestra área de servicio, que incluye todos los condados de Maryland.

¿Quién podría elegir nuestro plan? Conozca a Sofia



Sofia utiliza su seguro médico regularmente, consulta a algunos especialistas para tratar sus afecciones crónicas y toma tres medicamentos recetados. Quiere mejorar su salud y busca beneficios de bienestar adicionales.

Nuestro plan puede ser adecuado para Sofia. Además de copagos de \$0 por atención médica, es elegible para el Beneficio flexible de \$130, comidas para afecciones crónicas, transporte gratuito y mucho más. Este plan no solo ayudará a Sofia a alcanzar sus objetivos de salud, sino que también la recompensará por mantenerse saludable a través de nuestro programa Healthy Rewards, donde puede ganar \$290 anuales al completar objetivos del plan específicos.

Descripción del plan

**PRIMA
MENSUAL** **\$0**

Costo compartido de los medicamentos

Para todos los miembros

Nivel 1 medicamentos genéricos preferidos y Nivel 2 medicamentos genéricos:
copago de \$0

Para miembros que tienen Ayuda adicional (según el nivel)

- Medicamentos genéricos: copago de \$0, \$1.60, \$5.10
- Todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$4.90, \$12.65

Para miembros que pierden la Ayuda adicional

Si pierde su estado de "Ayuda adicional" y permanece en nuestro plan, su costo compartido se ajustaría a un modelo de 5 niveles con un deducible para algunos niveles.

Usted paga \$0 mientras esté en nuestro plan y no pierda su estado de Medicaid

- | | |
|--|---|
| ✓ Deducible anual por gastos médicos de \$0 | ✓ Deducible anual de medicamentos de \$0 |
| ✓ Médico de cuidados primarios (Primary care provider, PCP) | ✓ Especialista |
| ✓ Atención aguda hospitalaria para pacientes hospitalizados | ✓ Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios |
| ✓ Estabilización de emergencia/luego de recibir el alta hospitalaria | ✓ Y más |

Aviso importante

Si su estado de Medicaid cambia de Beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE) o Beneficiario calificado de Medicare (QMB), sus copagos y coseguros pueden aumentar al 20% del costo total de sus beneficios médicos, los costos compartidos de la Parte A de Medicare aplicables, y el 25 % del costo total de sus medicamentos recetados de la Parte D.



Beneficios adaptados a todas sus necesidades

Nuestros beneficios adicionales, la atención preventiva y los programas de salud conductual son una parte importante de ayudarle a mantenerse saludable.

Como miembro valioso, su plan incluye la opción de que se le realice una evaluación de salud integral en la comodidad de su propio hogar. Además, brindamos actividades de administración de la atención adaptadas a usted. Nuestros programas funcionan según su horario y requieren un compromiso de tiempo mínimo.

Además, puede obtener apoyo a través de múltiples canales, incluidas aplicaciones en línea y móviles.

Nuestro equipo de administración de la atención puede ayudarle a recuperarse después de una estadía en el hospital o explorar un nuevo diagnóstico, y ayudar a los cuidadores a coordinar su atención.

Nuestro equipo de Atención al Miembro colaborará con sus proveedores de atención de la salud para ayudar a mejorar su salud y reducir la necesidad de servicios adicionales.

Nuestros programas de salud integral:

Readmisiones hospitalarias las 24 horas

Los administradores de atención ayudan a los miembros recientemente dados de alta del hospital para reducir la probabilidad de readmisión.

Difusión sobre afecciones crónicas

Los administradores de atención se comunican con los miembros con afecciones crónicas para ayudar con el manejo de enfermedades y reducir la probabilidad de hospitalización.

Coordinación de la atención

Los administradores de atención ayudan a los miembros que tienen dificultades para programar citas, encontrar suministros o, de otro modo, administrar su salud.

Asistencia de trabajadores sociales

Un miembro del equipo de atención especializado está disponible para abordar las barreras psicosociales que impiden el acceso de un miembro a la atención.

Estamos dedicados a que logre una salud integral

Nos comunicamos con cada miembro para realizar mejoras personalizadas a lo largo de todo su camino hacia la salud.



Obtenga más cuando elige CareFirst



Beneficio flexible: comestibles, artículos de venta libre, servicios públicos o alquiler

Asignación mensual de \$130 para artículos pedidos por correo de venta libre o para comestibles, servicios públicos o alquiler*



Beneficios para el cuidado de la audición

- Examen rutinario de audición (1 por año) con copago de \$0
- \$1,950 de asignación cada 3 años para audífonos



Asignaciones para exámenes oftalmológicos de rutina y anteojos

- Copago de \$0 para examen de rutina (límite de 1 por año)
- \$150 de asignación anual para anteojos



Cobertura dental

- Copago de \$0 por cobertura preventiva, integral y de dentaduras postizas
- \$3,000 de asignación anual para servicios integrales
- Copago de \$0 para dentaduras postizas cada 60 meses



Transporte

Incluye viajes a la farmacia, visitas médicas y más. Copago de \$0 por 54 viajes de ida por año



Dispositivos de seguridad para el baño

Copago de \$0 para 2 dispositivos de seguridad para el baño



Programa Healthy Rewards

Gane entre \$20–50 en su tarjeta prepaga recargable de atención de la salud por completar actividades de salud específicas (\$290 anuales)



Cuidado de los pies

- Copago de \$0 por visita al consultorio
- 4 visitas por año a un podólogo



Cobertura para acondicionamiento físico

Copago de \$0 por el Beneficio de acondicionamiento físico con SilverSneakers



Beneficios de comidas para afecciones crónicas y después del alta hospitalaria

Copago de \$0 por comidas y asistencia nutricional para miembros que califiquen



Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal emergency response systems, PERS)

Los miembros con afecciones crónicas califican para un dispositivo personal de respuesta a emergencias con un copago de \$0

** Se permite la transferencia mensual para el Beneficio flexible, pero no se permite la transferencia anual. Los miembros deben tener una afección que califique para usar los \$130 al mes en alquiler, comestibles o servicios públicos.*

¿Listo para inscribirse?

PASO 1

Revise nuestro plan y vea si es adecuado para usted

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Obtenga respuestas a su preguntas o programe una reunión en persona llamándonos al 844-331-6334 (TTY: 711).

PASO 2

Vea si su médico o especialistas pertenecen a nuestra red

- Visite carefirst.com/mddsnp y haga clic en la pestaña “Find a Doctor” (Buscar un médico).
- Explore por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades.

PASO 3

Presente su solicitud en línea, por teléfono o por correo postal

Descargue una copia de nuestro Formulario de inscripción de 2026 en carefirst.com/mddsnp. También se incluye una solicitud al final de este folleto.

- **Por correo postal:** Complete, firme y feche el formulario, y envíelo por correo postal a:
Atención: Departamento de inscripciones,
PO Box 915
Owings Mills, MD 21117
- **En línea:** Inscribese a través del sitio web [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).
- **Teléfono:** Llame o programe una reunión con un agente de ventas autorizado al 844-331-6334.

¿Su proveedor está en nuestra red?

Para aprovechar estos beneficios, asegúrese de que su proveedor esté en nuestra red. La lista de proveedores se puede encontrar en la pestaña “Find a Doctor” (Buscar un médico) en carefirst.com/mddsnp.



Recursos y formularios

Se ha dejado en blanco intencionalmente

Lista de Verificación Previa a La Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio de Atención al Cliente al 410-779-9932 o al número gratuito al 1-844-386-6762; TTY: 711).

La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite carefirst.com/medicareadvantage o llame al 833-536-2001 para obtener una copia de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente forman parte de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.

Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente deba seleccionar una farmacia nueva para surtir sus medicamentos recetados.

Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, la prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.

Los beneficios, las primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Los proveedores no contratados pueden negarle la atención, excepto en una situación de emergencia o urgencia.

Impacto sobre la cobertura actual Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención de la salud de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.

Dejado en blanco intencionalmente

Formulario de Confirmación Sobre el Alcance de la Cita de Ventas



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren a los agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas para asegurarse de que comprenden lo que conversarán con el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se incluya en este formulario será confidencial, y cada persona deberá completarlo junto con un agente de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el cual desea conversar con el agente. Si no desea que el agente converse sobre un tipo de plan con usted, deje la casilla sin completar.

PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)
Organización de proveedores preferidos de Medicare (PPO): un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, a veces, tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales en red, pero también puedes utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
PLANES DE MEDICARE SUPPLEMENT (MEDIGAP)
Planes de Medicare Supplement (Medigap): planes de seguros que contribuyen a pagar una parte de los gastos de bolsillo que no se abonaron con el plan original de Medicare (Partes A y B), tales como deducibles y montos de coseguros que corresponden a los servicios aprobados de Medicare.
PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE MEDICARE (SNP)
Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP)— Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Ejemplos de grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA
<p>Al firmar este documento, usted acepta tener una reunión de venta con el agente de ventas para conversar sobre los tipos específicos de productos en los cuales escribió sus iniciales más arriba. La persona que conversará sobre las opciones de planes con usted trabaja para un plan de medicamentos con receta o plan de atención médica de Medicare que no es el gobierno federal, y puede que reciba una remuneración en función de su inscripción en el plan. Al firmar este documento, usted NO estará obligado a inscribirse en un plan, su condición de inscripción actual o futura de Medicare no resultará afectada y tampoco será inscripto automáticamente en el (los) plan(es) sobre el (los) que haya conversado.</p> <p>Al brindar mi número telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas de un representante de CareFirst BlueCross BlueShield sobre los productos de Medicare Advantage, los planes de Medicare Supplement (Medigap) o los productos de Medicare Supplement al número que he proporcionado (incluya números de dispositivos móviles). Estas llamadas podrán ser realizadas mediante el uso de tecnología automatizada y no se requiere mi consentimiento para recibir las llamadas como condición para efectuar una compra.</p>

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA	
Teléfono del beneficiario (opcional):	
Firma	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y aclare su firma en letra de imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	
Método Inicial de contacto (Indique aquí si el beneficiario tenía cita previa):	
Firma del agente:	Agente NPN:
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
La documentación del Alcance de Cita (SOA, por su sigla en inglés) está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS	
Si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, brinde una explicación sobre por qué el SOA no se documentó antes de la reunión:	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the shared business name of CareFirst Advantage, Inc. and CareFirst Advantage PPO, Inc. In the District of Columbia and Maryland, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. In Virginia, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. of Maryland (used in VA by: First Care, Inc.). CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., and First Care, Inc. are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.



Instrucciones de Inscripción

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- Parte B de Medicare (seguro médico).

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducciones de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attn: Sales Department
P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 844-331-6334. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 844-331-6334 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social), puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta solicitud de información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la solicitud de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- ☐ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
De \$0 a \$40.30 por mes (según su nivel de "Ayuda Adicional")

Nombre	Apellido	Inicial segundo nombre (opcional)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Número de teléfono del hogar
Teléfono celular (opcional)	Dirección de correo electrónico (opcional)	

Autorizo al plan de salud a enviarme por mensaje de texto y correo electrónico artículos, consejos y recordatorios útiles sobre vida saludable, encuestas e información general sobre el plan. Comprendo que puedo optar por no recibir estos mensajes comunicándome con Servicios para Miembros al 844-386-6762 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

☐ **Sí, me gustaría recibir mensajes.** ☐ **No, no deseo recibir mensajes.**

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal) (Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

N.º de apartamento	Ciudad	Condado (opcional)
Estado		Código postal
Dirección postal si es diferente a su domicilio permanente (se permite un apartado postal)		N.º de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A	Fecha de vigencia de la Parte B
--------------------	--	---------------------------------

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura	Número de identificación de miembro para esta cobertura	Número de grupo para esta cobertura
-----------------------------	---	-------------------------------------

2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, proporcione el número de 11 dígitos de Medicaid

Blanco = copia del plan Amarillo = copia del miembro

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES)

Para ser elegible para Dual Prime, debe tener un nivel de Medicaid de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o de Beneficios completos de doble elegibilidad (Full Benefit Dual Eligible, FBDE).

3. ¿Reside usted en un establecimiento a largo plazo, como un centro de enfermería? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “sí”, indique el nombre del establecimiento.

Número de teléfono del establecimiento

Dirección del establecimiento

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque con un ☒ **la casilla** si la afirmación corresponde a su caso. Al seleccionar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su cobertura.

<input type="checkbox"/>	Tengo Medicare por primera vez.
<input type="checkbox"/>	Estoy realizando un cambio durante el Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) del 1.º de enero al 31 de marzo.
<input type="checkbox"/>	Estoy en un plan Medicare Advantage y he tenido Medicare durante menos de 3 meses. Deseo hacer un cambio entre el 4/1 y el 12/31.
<input type="checkbox"/>	Tenía Medicare antes, pero ahora estoy por cumplir 65 años.
<input type="checkbox"/>	Ya tengo seguro hospitalario (Parte A) y me inscribí recientemente en el seguro médico (Parte B). Quiero afiliarme a un plan Medicare Advantage.
<input type="checkbox"/>	Me acabo de mudar fuera del área de servicio de mi plan vigente o me acabo de mudar y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente salí de prisión. Salí el (ingresar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (ingresar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (ingresar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej., un centro de enfermería especializada o centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro o dejaré de vivir allí el (ingresar fecha) _____.

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN	
	Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (ingresar fecha) _____.
	Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingresar fecha) _____.
	Me inscribiré en la cobertura de un empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.
	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
	Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
	Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.
	Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos como persona con necesidades especiales para pertenecer a ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (ingresar fecha) _____.
	Me afectó una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí expresadas se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
	Estoy inscrito en un plan identificado con el icono de bajo desempeño (Low Performing Icon, LPI).
	Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de inscripción especial para el cual califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero unirme a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
	Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de inscripción general (del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año). Deseo unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o a un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con su corredor o con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 833-987-0765 para consultar si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m.	

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES	
Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.	
<p>1. Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:</p> <p><input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Braille <input type="radio"/> Letra grande <input type="radio"/> CD de audio <input type="radio"/> CD de datos</p> <p>Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 844-386-6762 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los mencionados. Nuestro 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.º de octubre al 31 de marzo; de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	
2. ¿Trabaja? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Su cónyuge trabaja? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. Seleccione el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Consulte el Directorio de proveedores o el sitio web del plan para elegir.	
Nombre del PCP	Dirección del PCP
¿Consulta o ha consultado recientemente a este médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

CÓMO PAGAR LA PRIMA DE SU COBERTURA

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo cada mes. **También puede optar por pagar la prima a través de deducciones automáticas del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual según sus ingresos para la Parte D (IRMAA de la Parte D). Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le facturarán directamente. No pague a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir **Ayuda Adicional** para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no estarán sujetas al lapso sin cobertura o a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta **Ayuda Adicional**, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778. También puede solicitar la **Ayuda Adicional** en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si reúne los requisitos para recibir **Ayuda Adicional** con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- ☐ Reciba una factura por correo postal.
- ☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de lo siguiente: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si se acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que deben pagar desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el inicio de las retenciones. Si no se aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Deberé conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA o plan de la Parte D a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o plan de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y serán incluidos en el documento Evidencia de cobertura del plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del beneficiario de la póliza). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén incluidos en la cobertura.
- La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Federal Code Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Firma	Fecha de hoy
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos	
Nombre	Dirección
Número de teléfono	Parentesco con el asegurado

PARA SER COMPLETADO SOLO POR PERSONAS QUE AYUDAN AL ASEGURADO CON ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente de seguros, un corredor, un asesor del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], un familiar u otro tercero) que ayudó al asegurado a completar este formulario.

Nombre	Parentesco con el asegurado
Firma	Número de productor nacional (solo agentes de seguros/corredores)

Solo para uso del consultorio/agente**Nombre del agente de seguros (en letra de imprenta)**

N.º de productor nacional del agente de seguros	Firma del agente de seguros
---	-----------------------------

Fecha de recepción inicial**Nombre de la Organización de marketing de campo (Field Marketing Organization, FMO)**

N.º de Identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
--------------------------------	--

Opción del período de elección**Período de inscripción de cobertura inicial/Período de inscripción inicial**

____ Período de inscripción anual ____ Período de inscripción especial (tipo) ____ No elegible ____

Código del plan/Opción del plan

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is an HMO-SNP Plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends on contract renewal.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage DSNP Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Dejado en blanco intencionalmente

Glosario de términos

Atención médica a domicilio

Los servicios de enfermería especializada y los servicios relacionados se brindan en un entorno domiciliario. Los servicios de atención a domicilio incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, servicios sociales, servicios de salud a domicilio y equipos y suministros médicos.

Centro de cuidados paliativos

Un programa o establecimiento que brinda atención, comodidad y servicios de apoyo para pacientes con enfermedades terminales y sus familias. La atención de cuidados paliativos se concentra en reducir la gravedad de los síntomas de la enfermedad en lugar de detener o retrasar la evolución de la enfermedad en sí.

Desembolso máximo

El monto máximo que tendrá que pagar por gastos médicos en un año calendario.

Atención en centros de enfermería especializada (Skilled nursing facility care, SNF)

Un nivel de atención que requiere la participación diaria de personal de rehabilitación o enfermería especializada; por ejemplo, fisioterapia o inyecciones por vía intravenosa.

Usted es elegible solo después de una estadía en el hospital mínima de tres días por una lesión o enfermedad relacionada. Usted es elegible para 100 días en un período de beneficios. Esto incluye una habitación semiprivada y comidas. Medicare no cubre la atención a largo plazo ni la atención de custodia en este entorno.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)

Un documento que le brinda información detallada sobre los costos, la cobertura de su plan, y sus derechos y responsabilidades como miembro del plan.

Lista de medicamentos

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan de salud, también llamada formulario. Puede incluir tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Los medicamentos en esta lista pueden costar menos que los que no están en la lista. La cantidad que cubre un plan puede variar según el medicamento.

Medicamentos de mantenimiento

Medicamentos recetados que toma regularmente. Estos medicamentos ayudan a tratar afecciones crónicas como asma, diabetes y presión arterial alta.

Es posible que pueda ahorrar dinero en sus medicamentos recetados de mantenimiento solicitando un suministro para 90 días en su tienda minorista o de pedido por correo.

Farmacia de pedido por correo

Un servicio conveniente que le entrega sus medicamentos directamente a usted. El servicio de pedido por correo preferido de su plan es Farmacia de servicios por correo CVS Caremark.

Parte A de Medicare

Parte de Original Medicare. La Parte A de Medicare ayuda a cubrir las estadías en el hospital para pacientes hospitalizados, la atención en un centro de enfermería especializada, la atención para enfermos terminales y, en algunos casos, la atención de la salud a domicilio.

Parte B de Medicare

También es parte de Original Medicare. La Parte B de Medicare ayuda a cubrir ciertas consultas médicas y los servicios preventivos, la atención para pacientes ambulatorios y los suministros médicos.

Parte C de Medicare

Estos planes, también llamados Medicare Advantage (MA), son ofrecidos por aseguradoras privadas y aprobados por Medicare.

Por ley, los planes MA deben ofrecer los mismos beneficios que la Parte A y la Parte B de Original Medicare. La mayoría de estos planes también incluyen cobertura para medicamentos recetados. Muchos también ofrecen cierta cobertura dental, de la vista y de la audición.

Parte D de Medicare

La Parte D de Medicare proporciona seguro para medicamentos recetados. Se vende a través de compañías de seguros privadas y se puede ofrecer de dos maneras:

1. En combinación con un plan Medicare Advantage (MA).
2. Como un plan de medicamentos recetados independiente (prescription drug plan, PDP).

Plan de necesidades especiales (Special needs plan, SNP)

Un SNP es un tipo especial de plan Medicare Advantage. Incluye todos los beneficios de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare. Puede incluir beneficios adicionales, como apoyo para una afección crónica o servicios que pueden ser útiles para alguien que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Para calificar para un SNP, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y cumplir con una de las siguientes condiciones:

- Tener una enfermedad crónica verificada por un médico (plan de necesidades especiales para afecciones crónicas [Chronic Special Needs plan, C-SNP]).
- Recibir asistencia de Medicaid del estado (plan de necesidades especiales de doble elegibilidad Dual Special Needs plan, D-SNP).
- Residir en un centro de atención a largo plazo (plan de necesidades especiales institucional [Institutional Special Needs Plan, I-SNP]).

Centros de cuidados de urgencia

Establecimientos que tratan quemaduras leves, esguinces, fracturas o problemas médicos urgentes pero que no ponen en peligro la vida. Si tiene un problema médico grave, siempre visite la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

¿Su medicamento tiene cobertura?

Verifique si sus medicamentos recetados están cubiertos buscando en la lista de medicamentos. Visite carefirst.com/medicare-options/dsnp/dual-special-needs-plan-prescription-coverage.html e ingrese el nombre de su medicamento. Podrá determinar si un medicamento de marca está cubierto o si necesitará uno genérico.



Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y Ayudas y Servicios Auxiliares

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-386-6762 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-386-6762 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

French

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-386-6762 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Simplified Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-844-386-6762（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage DSNP, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Korean

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-386-6762 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Tí ó bá jẹ pé o n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ ìtọjú ìrànlowó èdè wà ní àrówótó fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlowó àti isẹ ìtọjú tí ó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn àwòṣe tí ó ṣe é ló wà ní àrówótó lófẹẹ bákan náà. Pe 1-844-386-6762 (TTY: 711) tàbí kí o bá olùpèsè rẹ sọrọ.

Amharic

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጾች ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-844-386-6762 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-844-386-6762 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-844-386-6762 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage DSNP, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-844-386-6762 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-844-386-6762 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-386-6762 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Farsi

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-844-386-6762 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-844-386-6762 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage DSNP, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-844-386-6762 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1- (844-386-6762 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage DSNP, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.



CONECTARSE CON NOSOTROS:



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is an HMO-SNP Plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends on contract renewal.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the shared business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., and CareFirst Advantage DSNP, Inc., which are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.