

Vitality

GUÍA DE RECURSOS
PARA AFILIADOS
2023/2024





GUÍA DE RECURSOS PARA AFILIADOS 2023/2024

El departamento de Comunicaciones de Mercadotecnia de CareFirst BlueCross BlueShield (denominadas en su conjunto "CareFirst") publica todos los años la revista *Vitality*. Los artículos que se incluyen en *Vitality* no tienen por objeto servir de asesoramiento médico. A fin de satisfacer sus necesidades individuales de atención médica, debe consultar con su médico o enfermera profesional. La información sobre beneficios que se incluye en *Vitality* consiste en una descripción general de la cobertura. No se trata de un contrato, por lo que podrían aplicarse ciertas exclusiones y limitaciones. Podrá encontrar la información detallada de su cobertura en su guía de beneficios o al iniciar sesión en "My Account" (Mi Cuenta) en carefirst.com/myaccount. Si tiene preguntas sobre su cobertura o alguna duda sobre la dirección de correo postal, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.



**CAREFIRST SE ENORGULLECE
DE SER RECONOCIDA COMO
UNA DE LAS EMPRESAS MÁS
ÉTICAS DEL MUNDO.
¡11 AÑOS DE TRAYECTORIA!**

CONTENTS

3	<i>Bienvenido</i>
4	<i>Recursos en línea</i>
4	Mi cuenta
4	CareFirst WellBeing SM
4	Buscar un médico
5	<i>Cómo acceder a la atención médica</i>
5	Acceso a la atención con su plan
5	Administración de casos complejos
6	Opciones de atención
7	Atención fuera del área
8	Declaraciones de voluntades anticipadas
9	Derivaciones y autorización previa
10	<i>Medicamentos con receta</i>
10	Beneficios de medicamento con receta
12	<i>Cobertura del plan</i>
12	Información de beneficios
12	Presentación de reclamaciones
13	Cómo presentar una apelación o una queja formal
13	Cómo entender su tarjeta de identificación del afiliado
14	Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad
15	Derechos y responsabilidades de los afiliados
15	Aviso sobre la divulgación de información para mejorar o coordinar su atención médica
16	Desarrollos en tecnología médica y sus beneficios
17	Información de tarifas y cobertura de afiliados
19	Aviso de aumento de tarifas propuestas
19	<i>Asistencia de comunicaciones</i>
19	Asistencia de idioma y comunicación
20	Aviso de prohibición de discriminación y disponibilidad de servicios de ayuda con el idioma
21	Ayuda con el idioma extranjero

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

CareFirst WellBeing—Este programa de bienestar es administrado por Sharecare, Inc., una empresa independiente que presta servicios de administración de mejoras de la salud a los afiliados a CareFirst. Sharecare, Inc. no proporciona productos ni servicios de BlueCross BlueShield y es la única responsable de prestar sus servicios de administración de mejoras de la salud.

CloseKnit—CloseKnit es una marca registrada propiedad de y es el nombre comercial de Atlas Health, LLC. Atlas Health, LLC, con el nombre comercial de CloseKnit, no proporciona productos o servicios de Blue Cross Blue Shield y proporciona servicios de tele salud a los afiliados de CareFirst.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Estimado afiliado:

Bienvenido a su guía de recursos para afiliados, *Vitality*.

Diseñada teniendo en cuenta sus necesidades, *Vitality* reúne la información más importante sobre el plan y los beneficios para ayudarlo a comprender mejor su cobertura, de modo que pueda aprovechar al máximo su plan CareFirst. Esperamos que la información que contiene le resulte útil en su viaje de atención médica.

Además, asegúrese de aprovechar nuestras otras soluciones nuevas y mejoradas para afiliados para respaldar sus esfuerzos por lograr su mejor estado de salud, que incluyen:

- Enlaces directos en la página de inicio de *Vitality* (carefirst.com/vitality) para conectarse rápidamente con recursos importantes como **CareFirst WellBeingSM**, su programa de bienestar digital y **CloseKnit**, una práctica de atención primaria virtual.
- Un programa de asesoramiento personal mejorado que ofrece apoyo, orientación y estímulo para ayudarlo a tomar medidas y alcanzar sus objetivos.
- Una página de inicio de "*My Account*" (Mi Cuenta) completamente rediseñada que es más fácil de navegar y con la información que más le interesa en primer plano.

A medida que continuamos dedicados al desarrollo y la redefinición de nuestras herramientas, recursos y beneficios para cumplir mejor con sus objetivos de atención médica, lo mantendremos a usted y a sus necesidades cambiantes al frente de nuestros esfuerzos continuos.

With Care,



Mack McGee

Vicepresidente, director de mercadotecnia de
CareFirst BlueCross BlueShield



Escanee el código QR para consultar el informe de nuestra misión y obtener más información sobre las medidas que tomamos en 2022 para contribuir a que la atención médica sea más accesible y asequible para todos.

Recursos en línea

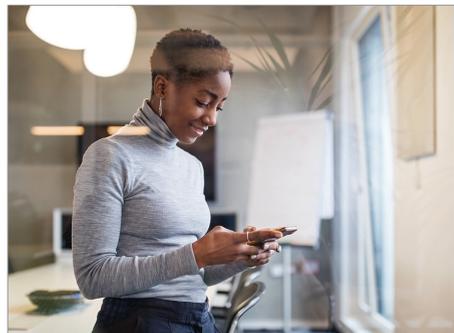


MI CUENTA

Para los afiliados de CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc. y todas las filiales empresariales (denominadas en su conjunto "CareFirst"), "My Account" (Mi Cuenta) hace que sea fácil comprender y gestionar sus beneficios y su plan de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Al configurar una cuenta, tendrá acceso protegido por contraseña para:

- Buscar y seleccionar médicos, especialistas, dentistas y proveedores de salud conductual dentro de la red, incluso hospitales, centros de atención de urgencia, laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes.
- Visualizar los copagos e identificar otros gastos que quizás deba pagar.
- Visualizar, solicitar o imprimir su tarjeta de identificación del afiliado.
- Verificar el estado de las reclamaciones, los deducibles restantes y los totales de gastos de bolsillo.
- Si desea recibir comunicaciones electrónicas, haga clic en su nombre en la parte superior de la página y seleccione "Communication Preferences" (Preferencias de notificaciones).



¡COMIENCE HOY MISMO!

Para configurar su cuenta, vaya a carefirst.com/myaccount y seleccione "Register Now" (Registrarse ahora).

O sostenga la cámara de su teléfono sobre este código QR para comenzar.



Para ayudarlo a encontrar y mantener su sentido de salud general en un mundo cada vez más complejo, CareFirst WellBeing es su conexión digital personalizada con una vida más saludable y una versión más saludable de USTED mismo.

Este sitio presenta todas las herramientas, los recursos y el apoyo que necesita para manejar todos los aspectos de su bienestar, desde el estado físico y las relaciones familiares hasta el control del estrés y la salud financiera. Puede hacerlo descargando la aplicación CareFirst WellBeing, visitando "My Account" (Mi Cuenta) o carefirst.com/wellbeing.

Visite el sitio carefirst.com/doctor para comenzar. Puede buscar entre varios proveedores que incluyen especialistas, proveedores de salud conductual o mental y atención odontológica y oftalmológica, o centros de atención médica. Aplique cualquiera de los filtros que se indican a continuación para personalizar su búsqueda y satisfacer sus necesidades:

- Nombre del proveedor.
- Especialidad del proveedor.
- Ubicación y distancia.
- Sexo.
- Idiomas hablados.
- Grupos y hospitales adheridos.
- Aceptación de nuevos pacientes.
- Calificaciones y recompensas de pacientes.

Para confirmar que un proveedor participa en la red de su plan, inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta) para llevar a cabo su búsqueda. Al registrarse e iniciar sesión en "My Account" (Mi Cuenta), cuando usa *Buscar un médico* para buscar proveedores, recibirá automáticamente los resultados de la búsqueda dentro de la red en función de su tipo de plan.

¿Quiere una copia impresa del directorio de proveedores o información sobre los proveedores? Envíese por correo electrónico un PDF con los resultados de su búsqueda, imprima los perfiles de los proveedores individualmente o llame a Servicios para el Afiliado al número que figura en su tarjeta de identificación del afiliado.



CAREFIRST WELLBEINGSM



BUSCAR UN MÉDICO

Cómo acceder a la atención médica



ACCESO A LA ATENCIÓN CON SU PLAN

Es importante comprender cómo acceder a la atención. En su contrato de afiliado, puede encontrar información específica, como:

- ¿Cómo accedo a la atención primaria, la atención de especialistas, la atención de salud conductual o mental o los servicios de los hospitales?
- ¿Se necesita una derivación para ver a un especialista o recibir tratamiento?
- ¿El servicio o el procedimiento requieren de autorización previa?

Antes de recibir tratamiento en un hospital, un centro o un laboratorio, pregunte a su médico dónde cuenta con privilegios para ejercer la medicina y determine si esas ubicaciones están adheridas a su plan.

Visite **carefirst.com** para comparar y buscar hospitales. Seleccione *"For Members"* (Para afiliados) en la parte superior de la página, luego haga clic en el botón *"Search for Care"* (Buscar atención). O bien, inicie sesión en *"My Account"* (Mi Cuenta), seleccione *"Doctors"* (Médicos) en el menú principal y, a continuación, *"Find a Doctor"* (Buscar un médico).

Si necesita asistencia con respecto a cómo acceder a su atención médica, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.



ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS

Los servicios de administración de casos complejos de CareFirst brindan un enfoque organizado, integral y holístico de sus necesidades de atención médica para reducir la frustración de la atención fragmentada que a menudo enfrentan quienes tienen requisitos de atención agudos y complejos. Su administrador de atención puede coordinar sus servicios de atención médica y ayudarlo a comprender mejor su afección. Su administrador de atención también puede compartir recursos que lo asistirán en la toma de decisiones informadas sobre su atención médica.

El equipo de administración de casos complejos, formado por enfermeros diplomados, trabajadores sociales y asociados de apoyo clínico puede ayudarlo a:

- Mejorar la calidad de vida de usted y su familia.
- Contribuir con su sentido de bienestar y dignidad.
- Tener un efecto positivo en la calidad de su atención médica.
- Coordinar los servicios para afiliados adultos y pediátricos.
- Fortalecerlos a usted y sus familiares por medio de la educación.

Cuando se inscriba en el programa, un administrador de atención:

- Lo llamará para realizar una revisión inicial de su historia clínica a fin de identificar los factores que pueden afectar su salud.
- Revisará su progreso y responderá sus preguntas.
- Brindará apoyo durante el tiempo que lo necesite.
- Le brindará información y consejos de cuidado personal relacionados con su afección.
- Lo asistirá en la identificación de grupos de apoyo y recursos comunitarios que estén a su disposición.
- Trabaja en estrecha colaboración con su médico para coordinar los servicios que sean necesarios, por ejemplo, la atención y los cuidados paliativos.

Para inscribirse en la administración de casos complejos, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) hoy mismo. También puede llamar al equipo de CareFirst al 888-264-8648 y seleccionar la opción correspondiente.



OPCIONES DE ATENCIÓN

Establecer una relación con un proveedor de atención primaria (PCP) es la mejor manera de recibir atención consistente y de calidad. Salvo que se trate de una emergencia, debe llamar en primer lugar a su PCP cuando necesite recibir atención médica.

Si tiene una lesión, una enfermedad o una emergencia con riesgo de muerte, llame al 911 o diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana.

A continuación, incluimos un gráfico con otras opciones de atención médica que incluyen algunas que están a su disposición en todo momento, sea de día o de noche.

SUS OPCIONES DE ATENCIÓN	COSTO	NECESIDADES O SÍNTOMAS COMO	24/7	MEDICAMENTOS CON RECETA	ATENCIÓN VIRTUAL	ATENCIÓN EN PERSONA
Atención primaria virtual CloseKnit Atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para más de 100 afecciones a través de una aplicación fácil de usar; únicamente mayores de 18 años	\$	<ul style="list-style-type: none"> Tos, resfrío y gripe Necesidades de atención de urgencia Enfermedad durante el viaje Terapia Preguntas sobre medicación Preguntas sobre seguros o cobertura Consulta en el momento 	✓	✓	✓	✗
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día Llame al 800-535-9700 si tiene preguntas generales sobre problemas de salud o si quiere saber dónde acudir para que lo atiendan	\$0	<ul style="list-style-type: none"> Tos, resfrío y gripe Sarpullidos Preguntas sobre medicación 	✓	✗	✓	✗
Visita de PCP Converse sobre el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades, las afecciones crónicas y los chequeos de rutina	\$	<ul style="list-style-type: none"> Examen físico de rutina Atención por diabetes Tos, resfrío, gripe y alergias Bronquitis 	✗	✓	✓	✓
Consulta por Video de CareFirst Consulte a un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin cita previa para necesidades de atención de urgencia	\$\$	<ul style="list-style-type: none"> Tos, resfrío y gripe Conjuntivitis Dolor de oído 	✓	✓	✓	✗
Atención de conveniencia <i>(por ejemplo, CVS MinuteClinic o Walgreens Healthcare Clinic)</i> Pruebas exploratorias de salud, vacunas, enfermedades o lesiones menores	\$\$	<ul style="list-style-type: none"> Tos y resfrío Conjuntivitis Dolor de oído Vacuna antigripal 	✗	✓	✗	✓
Atención de urgencia Lesión o enfermedad que no constituye amenaza para la vida, pero que sí requiere atención inmediata	\$\$\$	<ul style="list-style-type: none"> Esguinces Corte que requiere puntos Quemaduras menores Dolor de garganta 	✗	✓	✗	✓
Sala de emergencias Lesión o enfermedad con riesgo de muerte	\$\$\$\$\$	<ul style="list-style-type: none"> Dolor de pecho Dificultad para respirar Sangrado que no cesa Quemaduras mayores 	✓	✓	✗	✓



ATENCIÓN FUERA DEL ÁREA

Para afiliados a los planes de BlueChoice y los planes HealthyBlue HMO, 2.0, Plus y Advantage

Fuera del área de servicio de CareFirst de Maryland, Washington, D.C., y Virginia del Norte, se ofrecen beneficios para servicios de emergencia o urgencia. Asimismo, algunos planes proporcionan cobertura fuera de la red para prestar otros servicios cubiertos. Consulte su guía de beneficios para obtener más información. Los planes BlueChoice Advantage y HealthyBlue Advantage proporcionan cobertura dentro de la red para otros servicios cubiertos cuando un afiliado usa la red de PPO de BlueCard; la cobertura fuera de la red se brindaría cuando esos servicios cubiertos son prestados por proveedores que no pertenecen a BlueCard.

Cuando concurra a un hospital o consulte a un médico participante fuera de la red de BlueCross BlueShield para recibir atención de emergencia o urgencia, solo deberá pagar gastos de bolsillo, como un copago. Su proveedor presenta la reclamación, que se abona a nivel dentro de la red. Si su plan brinda beneficios fuera de la red, esos servicios cubiertos se pagan a nivel de beneficio fuera de la red.

Los afiliados que estarán fuera de la ciudad durante noventa días o más resultan elegibles para participar en el programa Away From Home Care. Este programa es ideal para viajeros, estudiantes que viven en las escuelas o familias que viven separadas. Los afiliados al programa disfrutan de una amplia gama de beneficios, incluso atención de rutina y cuidados preventivos. Su copago y los beneficios serán los mismos que aquellos que le correspondan a la HMO afiliada en el área donde usted se encuentre de visita. Se lo tratará como afiliado del plan afiliado.

Para obtener más información o inscribirse en el programa Away From Home Care, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del afiliado y pida hablar con el coordinador de dicho programa.

Para afiliados a los planes PPO, PPN y MPOS

Fuera del área de servicio de CareFirst de Maryland, Washington, D.C., y Virginia del Norte, se ofrecen beneficios para servicios de atención médica. Si tiene un plan de la Preferred Provider Organization (PPO) o la Preferred Provider Network (PPN), se ofrecen beneficios dentro de la red para servicios cubiertos que prestan los proveedores que participan en el plan PPO/PPN de otro plan de BlueCross y BlueShield (BCBS). La atención médica para brindar tratamiento de tipo urgente que no constituye una emergencia que proporcionan los proveedores que no pertenecen a un plan PPO/PPN de BCBS resulta elegible para los beneficios fuera de la red.

Al momento de llegar al consultorio médico o el hospital, presente su tarjeta actual de identificación del afiliado de CareFirst. Después de recibir atención médica, su proveedor presentará la reclamación.

CareFirst paga directamente a todos los hospitales y médicos participantes y preferidos. Usted deberá pagar únicamente los gastos de bolsillo (servicios no incluidos en el plan, deducibles, copagos o coseguros).

Si el proveedor no participa en el plan BCBS y usted debe pagar al momento de recibir el servicio, póngase en contacto con Servicios para el Afiliado o visite la sección "Using Your Plan" (Uso de su plan) de carefirst.com para obtener el formulario de reclamación con fines del reembolso de los cargos.





DECLARACIONES DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Proporcionado por el Departamento de Salud de Maryland (MDH). CareFirst debe publicar esta información para los afiliados en Maryland, pero podría ser útil para todos los afiliados.

Independientemente de su edad o de su estado de salud, una crisis médica podría dejarlo demasiado enfermo o lesionado para comunicar decisiones sobre su atención médica. Antes de que se produzca una crisis médica, es importante que piense en los tipos de tratamiento que le gustaría o no y en los posibles resultados. Comience la conversación sobre el tema con familiares, amigos, proveedores de atención médica, un abogado o un asesor religioso.

Conversación sobre la planificación anticipada de la atención

La planificación anticipada de la atención es una conversación continua con personas de su confianza para hablar sobre sus preferencias personales y las decisiones que deben tomarse en caso de una crisis médica, no solo de la atención al final de la vida. La planificación anticipada de la atención requiere una cuidadosa consideración de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, que se documentan en una declaración de voluntades anticipadas o en un formulario de Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (MOLST). Una declaración de voluntad anticipada no es lo mismo que un formulario MOLST; para obtener más información sobre el formulario MOLST de Maryland, visite marylandmolst.org. Estas conversaciones dan a conocer sus deseos para que puedan cumplirse en caso de que tenga una capacidad limitada o nula para tomar decisiones por sí mismo. Esto alivia la carga de la familia y los seres queridos y ayuda a prevenir conflictos sobre su atención. Es importante determinar quién puede hablar en su nombre; en Maryland, esta persona se denomina agente de atención médica. Si no nombra a un agente de atención médica, la ley designará a su pariente más cercano para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo.

Registro de declaración de voluntad anticipada

Tiene la opción de redactar una declaración de voluntad anticipada, una forma útil y legal de dirigir su atención médica cuando no pueda hablar por sí mismo. Puede designar a un agente de atención médica para que tome decisiones en su nombre y especificar sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, como cuándo usar tratamientos de soporte vital. Elija a alguien de su confianza para que tome estas decisiones importantes y hable con esa persona para asegurarse de que acepta la responsabilidad. Incluya su nombre e información de contacto, así como de cualquier otro agente de atención médica de respaldo en su declaración de voluntad anticipada. Los proveedores de atención médica, las organizaciones religiosas, los asesores patrimoniales, los abogados y otros profesionales pueden facilitarles varios formularios de voluntades anticipadas. No hay un formulario único que deba usarse; puede personalizar su declaración de voluntad anticipada para que se ajuste a sus deseos. Asegúrese de entregar una copia de su declaración de voluntad anticipada a su familia, sus proveedores de atención médica, su abogado o a cualquier otra persona que deba conocer sus decisiones. Recuerde que no está obligado a tener una declaración de voluntad anticipada y que puede revocarla y redactar una nueva en cualquier momento.

Compartir la documentación electrónica

Una declaración de voluntad anticipada puede ser más eficaz si la pone a disposición de un proveedor de atención médica en un formato electrónico que sea fácilmente accesible. Hable con su proveedor de atención médica sobre la posibilidad de almacenar una copia de su declaración de voluntad anticipada y la información del agente de atención médica en su sistema seguro de expedientes médicos electrónicos. Es posible que pueda agregar y actualizar esta información fuera de las visitas clínicas al usar el portal del paciente del proveedor de atención médica, un sitio web seguro en línea donde puede ver su expediente médico y comunicarse con su equipo de atención. También puede usar un servicio de declaraciones de voluntades anticipadas electrónicas reconocido por el estado para redactar, cargar, compartir y actualizar la información de la declaración de voluntad anticipada y del agente de atención médica. Obtenga más información sobre cómo pueden acceder a su información los proveedores de atención médica involucrados en su atención en crisphealth.org/for-patients/#advance-directives.

En el sitio web del Fiscal General de Maryland se encuentra disponible más información sobre cómo comenzar a redactar su declaración de voluntad anticipada, incluidos modelos de formularios:

www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx.



DERIVACIONES Y AUTORIZACIÓN PREVIA

No todos los planes de CareFirst requieren derivaciones, pero el plan Maryland Point of Service (MPOS) y algunos planes de HMO y BlueChoice requieren derivaciones.

- **MPOS**—Todos los afiliados de MPOS deben elegir primero un proveedor de atención primaria (PCP). Luego, deben obtener una derivación de su PCP antes de su visita con el especialista para recibir beneficios dentro de la red. Los afiliados de MPOS pueden ver al especialista sin una derivación, pero es posible que deban pagar más gastos de bolsillo.
- **HMO y BlueChoice**—La mayoría de los planes de BlueChoice no requieren una derivación para ver a un especialista. Sin embargo, si su plan requiere una derivación, su PCP debe proporcionarle la derivación antes de su visita con el especialista.

Las derivaciones pueden indicarse para una única visita o para varias visitas, también denominadas derivaciones permanentes. Las derivaciones permanentes se pueden emitir si el paciente padece alguna afección específica. Por ejemplo:

- Diagnóstico de cáncer, a fin de que el paciente consulte con un médico de tratamiento del dolor con certificación de la junta.
- Embarazo, a los fines del cuidado materno y el parto.
- Una afección con riesgo de muerte, degenerativa o crónica, o una incapacidad.
- Requiera una atención médica especializada.

Para los afiliados de todos los planes, su médico debe solicitar la autorización antes de recibir servicios como las hospitalizaciones que no son emergencias, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y atención médica a domicilio.

Para determinar si su plan requiere derivaciones o autorizaciones o si tiene preguntas sobre cómo funciona su plan de beneficios, puede hacer lo siguiente:

- Inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta) y consulte la información detallada de sus beneficios.
- Consulte la guía de beneficios que recibió cuando se inscribió.
- Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Cómo tener acceso a proveedores fuera de la red

Muchos de los planes de CareFirst ofrecen cobertura fuera de la red que, en general, tiene un costo mayor para el afiliado. Sin embargo, existen algunas situaciones en las cuales es posible que un afiliado no tenga acceso a un proveedor de la red y pueda tener acceso a un proveedor fuera de la red con un costo compartido de la red que corresponde al deducible, el copago y el coseguro.

Conforme a los planes que pertenecen a la HMO y los planes que no pertenecen a la HMO, el afiliado puede solicitar autorización para ser tratado por un especialista fuera de la red si CareFirst no tiene un especialista dentro de la red o un especialista que no sea médico pero que cuente con la formación y la experiencia profesional para brindar tratamientos o servicios de atención médica con fines del tratamiento de la afección o enfermedad, o si CareFirst no puede brindar acceso razonable a un especialista dentro de la red o un especialista que no sea médico pero que cuente con la formación y la experiencia profesional para brindar tratamientos o servicios de atención médica con fines del tratamiento de la afección o enfermedad sin que por ello haya demoras ni viajes irrazonables.

Cuando se autoriza el acceso a los proveedores fuera de la red en el caso de las situaciones descritas en el presente, el servicio es tratado como si fuera brindado por un proveedor dentro de la red a los fines del cálculo del deducible, el copago y el coseguro del afiliado.

Si no puede encontrar un proveedor dentro de la red con la experiencia necesaria o sin demoras ni viajes irrazonables, póngase en contacto con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación del afiliado para iniciar su solicitud.

Las determinaciones iniciales de las autorizaciones que no se refieren a emergencias se toman dentro de los dos días hábiles siguientes a la información necesaria para tomar una decisión. Las decisiones respecto de autorizaciones urgentes se toman dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud.

Proceso de apelación y queja formal

Si tiene alguna inquietud sobre la denegación de una autorización, puede comunicarse al número de teléfono de Servicios para el Afiliado que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación del afiliado. Un representante puede ayudarlo a iniciar el proceso de apelación. Si desea revisar el procedimiento para presentar una apelación, visite [carefirst.com/appeals](https://www.carefirst.com/appeals). Para obtener una copia impresa, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Medicamentos con receta



BENEFICIOS DE MEDICAMENTO CON RECETA

La estructura de nuestro formulario

Los medicamentos con receta que se incluyen en el formulario de CareFirst (lista de medicamentos) son revisados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica, comité independiente nacional que se compone de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la atención médica. Este comité revisa los medicamentos en el formulario para garantizar que son seguros y eficaces en términos clínicos. Se pueden agregar medicamentos al formulario de forma mensual y pueden establecerse exclusiones de medicamentos y cambios de nivel de forma trimestral. Si existe algún cambio en el formulario, los afiliados afectados son notificados por carta. Los medicamentos se categorizan en niveles (ver el gráfico que figura a continuación) y el costo compartido es determinado por ese nivel. Cada plan incluye niveles diferentes; por lo tanto, consulte su guía de beneficios para ver qué niveles incluye su plan.

Administración de medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos cumplen las mismas normas de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos que los medicamentos de marca; ambos son seguros y eficaces, pero, en general, los medicamentos genéricos cuestan bastante menos. Los medicamentos de marca se pueden sustituir por un equivalente de medicamento genérico que esté disponible. Se puede solicitar el medicamento de marca; sin embargo, el costo compartido puede aumentar según la opción de administración de medicamento genérico (voluntaria, restringida u obligatoria) que forma parte de su plan de beneficios de medicamentos con receta. Consulte su resumen de beneficios o materiales de inscripción para obtener más información.

NIVEL DE MEDICAMENTOS (COSTOS COMPARTIDOS)	COSTO	DEFINICIÓN
Nivel 1 Medicamentos genéricos	\$	Los medicamentos genéricos son los mismos que los medicamentos de marca en cuanto a dosificación, seguridad, potencia, forma de administración, calidad, características de rendimiento y uso propuesto. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.
Nivel 2 Medicamentos de marca preferida	\$\$	Los medicamentos de marca preferida son medicamentos de marca que podrían no estar disponibles en su forma genérica pero que son elegidos por su rentabilidad en comparación con otras alternativas. Su costo compartido superará el costo de los medicamentos genéricos, pero será inferior al de los medicamentos de marca no preferida. Si un medicamento genérico se vuelve disponible, es posible que el medicamento de marca preferida pase a la categoría de medicamento de marca no preferida.
Nivel 3 Medicamentos de marca no preferida	\$\$\$	Los medicamentos de marca no preferida a menudo tienen una opción genérica o de marca preferida en cuyo caso el costo compartido será inferior.
Nivel 4 Medicamentos de especialidad preferidos	\$\$\$\$	Los medicamentos de especialidad de marca preferida son medicamentos de especialidad de marca que podrían no estar disponibles en su forma genérica pero que son elegidos por su rentabilidad en comparación con otras alternativas. Su costo compartido superará el costo de los medicamentos genéricos, pero será inferior al de los medicamentos de especialidad de marca no preferida. Si un medicamento genérico se vuelve disponible, es posible que el medicamento de especialidad de marca preferida pase a la categoría de medicamento de especialidad de marca no preferida.
Nivel 5 Medicamentos de especialidad no preferidos	\$\$\$\$\$	Los medicamentos de especialidad no preferidos a menudo tienen una opción de medicamentos de especialidad en cuyo caso el costo compartido será inferior.



¿TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA?

Inicie sesión en “My Account” (Mi Cuenta), visualice la sección “Drug and Pharmacy Resources” (Recursos de medicamentos y farmacia) y consulte sus materiales de inscripción o comuníquese al número de teléfono de Farmacia que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Para obtener una copia impresa de su lista de medicamentos o más información sobre las pautas de medicamentos con receta, llame al Departamento de Farmacia al 877-800-3086.

Si necesita ayuda con el idioma o tiene preguntas o quejas sobre sus beneficios de farmacia, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA (continuación)

Pautas sobre recetas

Para asegurarse de que recibe los medicamentos más adecuados para tratar sus afecciones, determinada medicación incluye pautas de los medicamentos con receta. Estas pueden incluir las siguientes:

- Determinados medicamentos requieren una **autorización previa** antes de poder ser surtidos. Es posible que su médico deba proporcionar su historia clínica y pruebas de laboratorio antes de que pueda surtirlos. Sin la aprobación de la autorización previa, sus medicamentos no pueden ser cubiertos.
- Se establecen **límites de cantidad** a medicamentos seleccionados con motivos de seguridad o calidad, o con el fin de desalentar la sobreutilización innecesaria. Es posible que se impongan límites respecto del monto del medicamento cubierto por receta o durante un periodo definido. Si su médico decide que una cantidad diferente de medicación es correcta para usted, este puede solicitar dicha cantidad previa autorización de la cobertura.
- La **terapia escalonada** garantiza que usted reciba una opción rentable de medicamentos como el primer paso en el tratamiento de determinados problemas de salud. Cuando se ofrecen medicamentos similares, los lineamientos de la terapia escalonada guían a su médico en la indicación de la opción más rentable en primer lugar. Es posible que los medicamentos de los pasos superiores requieran la autorización previa de su médico antes de que puedan ser cubiertos.

Solicitudes de excepciones

Es posible que algunos medicamentos no estén cubiertos en su formulario. El medicamento excluido siempre tiene una opción de medicamento alternativo en la misma clase de medicamento del formulario. Existe un proceso de excepción si por motivos médicos necesita que le cubran un medicamento excluido. Su médico puede presentar una solicitud de excepción por fax o vía electrónica.

Si se aprueba una solicitud de excepción, su medicamento será cubierto. Además, se les enviará una notificación a usted y a su médico. Si se rechaza una solicitud de excepción, se les enviará una notificación a usted y a su médico en la cual se explicará el motivo de por qué la solicitud fue rechazada y se les brindará información sobre cómo presentar una apelación.

Cobertura del plan



INFORMACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando se inscribió en su plan de salud, usted recibió el material de inscripción, incluso la guía de beneficios y el formulario de selección del proveedor de atención primaria (PCP), si corresponde. Estos documentos incluyen información sobre cómo y dónde obtener atención médica primaria, de especialistas y de emergencia, servicios de farmacias y otros servicios relacionados. También incluyen información sobre los cambios en las primas, la posibilidad de renovación de las pólizas y las responsabilidades de los empleadores respecto de la cobertura de dependientes.

Cuando tenga preguntas sobre sus beneficios, incluso qué incluye la cobertura, qué no incluye dicha cobertura, las restricciones en los beneficios y demás, existen varias maneras de buscar la información:

- Desde su computadora o dispositivo móvil, inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta) en carefirst.com/myaccount.
- Consulte su Evidencia de Cobertura o la guía de beneficios que recibió cuando se inscribió.
- Hable con la oficina de beneficios si recibe cobertura mediante su empleador.
- Si no tiene acceso a Internet, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Para ayudarlo a recordar la conversación y evitar tener que llamar a Servicios para el Afiliado nuevamente, escriba lo siguiente:
 - La fecha y el horario en que llamó.
 - El nombre del representante de Servicios para el Afiliado.
 - El plan de acción que llevará a cabo el representante de Servicios para el Afiliado.
 - Los plazos de espera de la resolución, si corresponde.

A veces, los cambios en su plan de salud pueden derivar en nueva información que quizás no se vea reflejada en su material de inscripción. Para obtener la información más actual, debe iniciar sesión en "My Account" (Mi Cuenta) en carefirst.com/myaccount.

Continuación de la cobertura

Como afiliado de CareFirst, es posible que tenga opciones para continuar con su cobertura de atención médica si su situación laboral se modifica. Sus opciones pueden incluir las siguientes:

- Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, COBRA): para obtener información, comuníquese con el administrador de beneficios de salud de su empresa.
- Plan de continuación del estado: para obtener información, comuníquese con el administrador de beneficios de salud de su empresa.
- Plan individual: comuníquese al 800-544-8703 para obtener más información, incluso las opciones de beneficios.

Cuando reciba los servicios de un proveedor o una farmacia que participen en la red de CareFirst, la farmacia o el consultorio del proveedor presentarán las reclamaciones por usted. Sin embargo, si consulta a un proveedor no participante o concurre a una farmacia no participante para recibir los servicios, usted mismo deberá presentar la reclamación. Puede presentar su reclamación por correo o por Internet.

Cómo enviar su formulario de reclamación por correo

Para imprimir y enviar por correo el formulario de reclamación, inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta), seleccione la pestaña "My Documents" (Mis documentos) y elija "Forms" (Formularios). Elija el formulario según el tipo de reclamación y complete la información obligatoria. Luego, envíe por correo el formulario con las direcciones incluidas. Si no tiene acceso a Internet, puede solicitar un formulario de reclamación en papel. Para ello, debe comunicarse con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Cómo enviar su formulario de reclamación por Internet

CareFirst también ofrece enviar las reclamaciones médicas, odontológicas y de salud conductual o mental por Internet. Desde su computadora o dispositivo móvil, inicie sesión en "My Account" (Mi Cuenta) y seleccione "Claims" (Reclamaciones). Elija "Submit a Claim Online" (Enviar una reclamación por Internet) y, luego, "Submit a Claim" (Enviar una reclamación). Siga las indicaciones, cargue los documentos requeridos y envíelos.



PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES



CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN O UNA QUEJA FORMAL

Apelaciones o quejas formales

Si tiene alguna inquietud sobre una decisión que perjudica su cobertura, tal como una negativa, una reducción de beneficios o una negativa de autorización de servicios, puede llamar a Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Un representante puede asistirlo en la resolución de la cuestión o la presentación de un proceso de apelación. De ser necesario, contará con un intérprete de su idioma.

Si le gustaría revisar el procedimiento para presentar una apelación, visite [carefirst.com/appeals](https://www.carefirst.com/appeals). Para obtener una copia impresa, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Además, muchos afiliados tienen derecho a una revisión externa independiente de cualquier decisión definitiva de apelación o queja formal. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información más específica sobre cómo presentar el pedido de revisión externa, determinación definitiva de apelación o queja.

Quejas sobre la calidad de atención

Puede presentar una queja mediante el uso de alguno de estos métodos:

- Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Si tiene problemas para entender el idioma inglés, dígame al representante y un intérprete que hable su idioma preferido se unirá a la llamada.
- Puede enviarnos un mensaje de correo electrónico a quality.care.complaints@carefirst.com.

CÓMO ENTENDER SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Su tarjeta de identificación del afiliado, como la que se muestra en este ejemplo, lo identifica como afiliado de CareFirst e incluye información importante sobre usted y sus beneficios cubiertos. Cada miembro de la familia incluido en el plan debe tener una tarjeta en la que se indique su nombre. Asegúrese de presentar siempre su tarjeta de identificación cuando reciba los servicios. Si no tiene su tarjeta física, puede visualizarla en su teléfono inteligente a través de "My Account" (Mi Cuenta).

Este gráfico muestra la información más solicitada cuando recibe la atención. Además, encontrará importantes números de teléfono en el reverso.

Asegúrese de que la información incluida en su tarjeta es correcta. Si existe algún error, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

CareFirst BlueChoice

1 Member Name DOE, JOHN	OPEN ACCESS BlueChoice HMO HSA Silver	6
2 Member ID ABC000000	PCP Name SMITH, JANE	
Group 99K1	Coverage FAMILY	
3 RxBin 001123 RxPCN AVB Rx GRP RX7546	PS30 SS40 CCS30 UC\$60 ER\$300	7
Eff Date 01/01/2023	RX AV	5
BC/BS Plan 080/580	Medical FAM Deductible \$3000 In-Network FAM Out-of-Pocket \$7500 Out-of-Network \$6000 \$10000	8
4 Rx Deductible \$500 Rx Out-of-Pocket INTEGRATED WITH MEDICAL		

1 e 2 Identificación del afiliado y número de grupo—son los números que los proveedores le solicitarán cuando verifiquen su cobertura.

3 Códigos—las farmacias los utilizan para enviar las reclamaciones de pago.

4 Límite máximo de deducibles de medicamentos con receta y de gastos de bolsillo.

5 Cobertura adicional—RX=medicamentos recetados; AV=visión de adulto

6 Plan y nombre del PCP—su plan y el nombre de su proveedor de atención primaria.

7 Montos de copago—abreviaturas que corresponden a los copagos de su plan: P=proveedor de atención primaria S=especialista CC=atención de conveniencia UC=atención de urgencia ER=sala de emergencias

8 Límite máximo de gastos de bolsillo y deducible médico



AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. (denominadas en su conjunto "CareFirst") se comprometen a mantener confidencial la información financiera y protegida sobre salud de los afiliados. Según la Ley Gramm Leach Bliley (*Gramm Leach Bliley Act*, GLBA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), debemos implementar políticas y procedimientos para mantener confidencial su información financiera y protegida sobre salud, ya sea que se encuentre en forma oral, escrita o en formato electrónico. Además, debemos enviar nuestro Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad solo a afiliados que pertenezcan a grupos completamente asegurados. El aviso resume los usos y las divulgaciones de su información financiera y protegida sobre salud, los derechos individuales y nuestra responsabilidad de garantizar la privacidad de su información.

Para obtener una copia de nuestro Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad, visite nuestro sitio web carefirst.com o llame al número de teléfono de Servicios para el Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del afiliado. Los afiliados de grupos con seguro propio deben comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos para recibir una copia del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de la empresa. Si no sabe si su empleador tiene un seguro propio, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos. CareFirst envía un Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad a todos los titulares de la póliza al momento de la inscripción.

A continuación aparece un resumen de nuestro Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad.

Nuestras responsabilidades

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de su información financiera y protegida sobre salud y a contar con los procedimientos adecuados para tal fin. También estamos obligados a notificarlo luego de que se cometa una violación de su información protegida sobre salud no garantizada. Según la legislación estatal y federal sobre privacidad, tenemos derecho a usar y divulgar su información financiera y protegida sobre salud para actividades de pago y operaciones de atención médica. Además, podemos usar o dar a conocer su información a los fines de la administración de beneficios de salud (como las reclamaciones y el proceso de inscripción, la administración de la atención y las ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones y las medidas de prevención y detección de fraude) y nuestras operaciones comerciales (incluso la mejora y la medición de la calidad y la mejora y el desarrollo de los beneficios), según lo explicado en el Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad.

La información de contacto personal y el número de teléfono, incluido el número de celular, se pueden usar y compartir con otras empresas que trabajan con CareFirst para administrar o brindar beneficios conforme a este plan y para notificar a los afiliados sobre las opciones de tratamiento, los servicios relacionados con la salud o las opciones de cobertura.

En los casos en que esté permitido por ley, podemos divulgar su información financiera y protegida sobre salud al patrocinador del plan o el empleador para que cumplan con las funciones de administración del plan. También podemos divulgar la información protegida sobre salud con fines de prioridad nacional.

Para la mayoría de los fines que no aparezcan en este resumen, deberá darnos su autorización válida para que podamos usar o divulgar su información financiera y protegida sobre salud.

Sus derechos respecto de la información protegida sobre salud

Puede solicitar por escrito los siguientes derechos:

- Pedir una copia de su información protegida sobre salud incluida en los registros designados correspondientes a su registro médico.
- Pedir que limitemos la información protegida sobre salud que usemos o divulguemos para pagos u operaciones de atención médica.
- Pedir que nos comuniquemos con usted con respecto a su información en una forma o un lugar alternativos si cree que la divulgación de toda o parte de su información protegida sobre salud puede ponerlo en peligro.
- Pedir que cambiemos su información si cree que su información protegida sobre salud es incorrecta o está incompleta.
- Pedir una explicación de las divulgaciones de su información protegida sobre salud que se hayan realizado por motivos que no sean el pago o las operaciones de atención médica.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD (continuación)



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS



AVISO SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR O COORDINAR SU ATENCIÓN MÉDICA

Consultas y quejas

El afiliado puede quejarse ante CareFirst si considera que dicha empresa ha violado sus derechos de confidencialidad. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con la confidencialidad, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de CareFirst en:

CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.
Privacy Office CT 10-03
10455 Mill Run Circle
Owings Mills, MD 21117
Teléfono: 800-853-9236
Fax: 410-505-6692.
Dirección de correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

CareFirst se compromete a mantener una relación de respeto mutuo con usted. Nuestra política de derechos y responsabilidades reconoce las responsabilidades que asumimos ante usted y resume sus obligaciones como afiliado. Comprender sus derechos y responsabilidades lo ayudará a aprovechar al máximo su afiliación a CareFirst y su relación con dicha empresa.

Para obtener la lista completa de sus derechos y responsabilidades, visite carefirst.com/myrights. Para obtener una copia impresa de los Derechos y responsabilidades de los afiliados, llame a Servicios para el Afiliado al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Este aviso describe cómo los datos y la información médica sobre usted pueden compartirse entre CareFirst y los proveedores que lo atienden para mejorar o coordinar su atención. Léalo con atención.

Nota: Las referencias a CareFirst incluyen CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., y todas sus filiales empresariales (denominadas en su conjunto "CareFirst").

Por qué podemos compartir información

Cuanto más completa sea la información que tienen sus proveedores de atención médica, mejor podrán satisfacer sus necesidades de atención médica. Compartir la información y los datos con los proveedores que lo atienden puede derivar en una mejor atención coordinada, ayudarlo a obtener atención oportunamente, limitar los servicios duplicados y ayudar a dichos proveedores a identificar mejor a los pacientes que más se beneficiarían de la administración de la atención y otros programas de coordinación de atención.

Cómo usamos la información médica para mejorar o coordinar su atención médica

Para administrar sus beneficios de salud, CareFirst recibe los datos de reclamaciones y demás información de sus diferentes proveedores de atención respecto de los diagnósticos, los tratamientos, los programas y los servicios prestados conforme a su plan de salud. Sin embargo, los proveedores individuales que lo atienden no pueden tener acceso a la información que tienen sus otros proveedores. Cuando CareFirst tiene esa información, la puede compartir con los proveedores que lo atienden a través de medios electrónicos seguros con el único fin de mejorar o coordinar su atención y de ayudar en la toma de decisiones clínicas.

- Esta información puede incluir los datos médicos o de las reclamaciones sobre atención médica que se obtienen de encuentros médicos, tratamientos, pruebas diagnósticas, pruebas exploratorias, recetas o centros de atención enfocados en el paciente y otras actividades y programas de administración de casos complejos. También puede incluir los resultados de su evaluación de riesgos de salud o pruebas exploratorias de bienestar proporcionados por medio de un asociado contratado de atención médica de CareFirst.
- La información que recibe CareFirst de sus proveedores con el único fin de mejorar o coordinar su atención no puede utilizarse para evaluaciones, revisión de uso o fijación de tarifas de su seguro de salud. No le pueden negar el seguro ni puede perder su cobertura en función de la información compartida por los proveedores que lo atienden con CareFirst a los fines de la coordinación de la atención.

AVISO SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR O COORDINAR SU ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

- La divulgación de esta información también está sujeta a las normas sobre confidencialidad que estipula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 y demás legislación vigente sobre privacidad a nivel federal y estatal. Usted ha recibido un aviso por separado sobre sus derechos de privacidad conforme a la HIPAA como parte del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de CareFirst. Las limitaciones a la divulgación de la información médica que se tratan en su aviso conforme a la HIPAA y sus derechos que estipula esta ley siguen aplicándose.

Puede optar por no compartir esta información a los fines de la coordinación de atención.

En todo momento, usted tiene el derecho a optar por que CareFirst no comparta esta información con el proveedor que lo atiende a los fines de la coordinación de atención. Para elegir esta opción, complete, firme y envíe de regreso el formulario "Opt Out of Information Sharing" (Exclusión de la opción de divulgación de información). Puede encontrar el formulario en carefirst.com/informationsharing.

Al presentar este formulario, usted también da por finalizada la participación en cualquiera de los programas indicados en este aviso que requieren la divulgación de la información para mejorar o coordinar la atención. Si elige la opción de exclusión, los proveedores que lo atienden no tendrán acceso a los datos o la información que CareFirst tiene a su disposición para ayudar a mejorar o coordinar su atención.

Este Aviso de Divulgación de Información se efectúa en cumplimiento con las Prácticas de Confidencialidad de CareFirst. Para obtener una copia del Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de CareFirst, consulte la página 14 de esta guía. Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de este aviso, el formulario de opción de exclusión o el Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad de CareFirst por escrito, póngase en contacto con:

CareFirst BlueCross BlueShield
Atención: Oficina de Privacidad
10455 Mill Run Circle
Owings Mills, MD 21117
800-853-9236



DESARROLLOS EN TECNOLOGÍA MÉDICA Y SUS BENEFICIOS

Para garantizar que nuestros afiliados tienen acceso a una atención segura y eficaz, CareFirst revisa los nuevos desarrollos en tecnología médica y las nuevas aplicaciones de tecnología existente para su inclusión como beneficio cubierto. Evaluamos tecnologías nuevas y existentes para procedimientos médicos y de salud conductual o mental, medicamentos y dispositivos por medio de un proceso de revisión formal. Los médicos clínicos y los investigadores de CareFirst consideran el aporte que realizan los profesionales médicos de la comunidad, los organismos gubernamentales y los estudios científicos publicados. Las tecnologías existentes se revisan dos veces al año.



ESTAMOS AQUÍ PARA USTED

Como afiliado de CareFirst, tiene acceso a proveedores y recursos si usted o un ser querido vive con una afección de salud mental o un trastorno por abuso de sustancias. Nuestro equipo de apoyo se compone de representantes del servicio especialmente capacitados, enfermeros diplomados y médicos clínicos de salud conductual licenciados, quienes están preparados para ayudar.

Si usted o un conocido suyo está en crisis, comuníquese con la línea de apoyo de CareFirst al 800-245-7013 o marque 988.



INFORMACIÓN DE TARIFAS Y COBERTURA DE AFILIADOS

Todos los años, CareFirst debe publicar este aviso en el cual le informa a usted sobre los beneficios que tiene por los siguientes servicios, junto con la información de aumento de tarifas propuesto.

Servicios de rehabilitación

CareFirst cubre servicios de rehabilitación.

En Maryland, los servicios de rehabilitación consisten en servicios y dispositivos, incluso terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje, que ayudan al niño a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

En Washington, D.C., los servicios de rehabilitación se aplican a la terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje para el tratamiento del niño que tiene un defecto congénito o genético de nacimiento a fin de mejorar su capacidad de funcionamiento.

Tenga en cuenta que los beneficios que ofrece la cobertura de rehabilitación en ambas jurisdicciones no incluyen los servicios al niño prestados conforme al programa de educación individualizada (IEP) o cualquier obligación impuesta a las escuelas públicas conforme a la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (*Individuals with Disabilities Education Act*), artículo 1400 y siguientes del Título 20 del Código de los Estados Unidos, con sus modificaciones periódicas.

Antes de recibir tratamiento, consulte su Evidencia de Cobertura para determinar si usted o sus dependientes resultan elegibles para recibir estos beneficios, dado que podrían aplicarse restricciones respecto de la edad.

CareFirst debe aprobar previamente todos los servicios de rehabilitación. Se aplica cualquier deducible, copago o coseguro requerido según su guía de beneficios. Es posible que se apliquen montos máximos de la póliza y límites de beneficios. Los servicios de rehabilitación no se incluyen para calcular el límite máximo de consultas para servicios de terapia.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos servicios, comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Atención para madres y recién nacidos

Según la Ley de Protección de Salud de la Madre y el Recién Nacido (*Newborns' and Mothers' Health Protection Act*), CareFirst ofrece cobertura para servicios de hospitalización para una madre y su hijo recién nacido por un mínimo de:

- 48 horas de atención a pacientes internados después de un parto natural sin complicaciones.
- 96 horas de atención a pacientes internados después de un parto por cesárea sin complicaciones.

Si la madre y el recién nacido se quedan en el hospital durante al menos el periodo determinado, la cobertura incluye una visita a domicilio si lo indica el médico a cargo. La madre puede pedir quedarse menos tiempo si, después de conversar con su médico, decide que necesita menos tiempo para su recuperación.

Si la madre y el recién nacido se quedan menos tiempo en el hospital de lo mencionado, la cobertura incluye una visita a domicilio programada dentro de las 24 horas siguientes al alta del hospital y una visita a domicilio adicional si lo indica el médico a cargo.

Mastectomía

CareFirst brinda cobertura durante una permanencia mínima en el hospital de 48 horas luego de una mastectomía.

Si el afiliado permanece en el hospital durante al menos el periodo determinado, la cobertura incluye una visita a domicilio si lo indica el médico a cargo. El afiliado puede pedir quedarse menos tiempo si, después de conversar con su médico, decide que necesita menos tiempo para su recuperación.

Si el afiliado se queda menos tiempo en el hospital de lo mencionado, la cobertura incluye una visita a domicilio programada dentro de las 24 horas siguientes al alta del hospital y una visita a domicilio adicional si lo indica el médico a cargo.

Este aviso sobre la cobertura rige únicamente para las pólizas vendidas a empresas y personas en Maryland. Verifique su Evidencia de Cobertura para determinar si es elegible para recibir estos beneficios de procedimientos quirúrgicos.

Servicios relacionados con mastectomías

CareFirst ofrece beneficios para los servicios relacionados con mastectomías conforme a la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer (*Women's Health and Cancer Rights Act*) de 1998, que incluyen:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la cual se hizo una mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis (mama artificial) y tratamiento de las complicaciones físicas que se produzcan en todas las etapas de la mastectomía, incluso los linfedemas (hinchazón).

Usted y su médico determinarán el plan adecuado para tratar su afección. Estos beneficios se darán con los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por su plan de salud. Consulte su guía de beneficios o Evidencia de Cobertura para obtener más información o llame a Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.

Aviso de servicios de salud mental o conductual y trastornos por abuso de sustancias

La legislación de Maryland les exige a las compañías de seguros de salud brindar información específica sobre los beneficios de salud mental o conductual y trastorno por abuso de sustancias para sus afiliados inscritos en los planes individuales de Maryland o los grupos totalmente asegurados de Maryland; sin embargo, esta información debería ser útil para todos los afiliados.

Los afiliados pueden visualizar los beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias por Internet. Para eso, inicie sesión en *"My Account"* (Mi Cuenta) en [carefirst.com/myaccount](https://www.carefirst.com/myaccount). Si no se ha registrado, siga los pasos que se indican en línea. Una vez que haya iniciado sesión, ingrese a la pestaña *"Coverage"* (Cobertura) que aparece en la parte superior de la página y seleccione *"Benefits Details"* (Detalles de beneficios). Los beneficios que se muestran solo reflejan los beneficios actuales.

Los beneficios de salud mental o conductual y trastorno por abuso de sustancias cumplen con las leyes de Maryland o la legislación federal, y pueden variar según si usted contrata su plan o tiene un plan por medio de su empleador.

Si requiere información adicional sobre los beneficios de salud mental o conductual y trastorno por abuso de sustancias según lo exigen las leyes de Maryland, comuníquese con la Administración de Seguros de Maryland (MIA) por Internet en www.mdinsurance.state.md.us o llame al 410-468-2000. Si desea escribir a la MIA, la dirección es 200 St. Paul Place, Suite 2700, Baltimore, MD 21202.

NOTA: Podrá autorizar a CareFirst por escrito a compartir su información de salud mental o conductual con un tercero, por ejemplo, un integrante de su familia, empleador, abogado, agente o parte no relacionada; para ello, deberá completar y presentar un formulario de autorización. Comuníquese con Servicios para el Afiliado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado para solicitar un formulario de Autorización para divulgación de información. Recibirá el formulario por correo estándar dentro de los diez días hábiles después de que CareFirst reciba la solicitud.

Visitas a domicilio

CareFirst brinda cobertura de las visitas a domicilio a los afiliados que se someten a la extirpación quirúrgica de un testículo. La cobertura incluye una visita a domicilio dentro de las 24 horas siguientes al alta del hospital o de centros de atención ambulatoria y una visita a domicilio adicional si así lo indica el médico del afiliado.

Para ser elegible, el afiliado debe estar en el hospital menos de 48 horas o el procedimiento se debe realizar de forma ambulatoria. Este aviso sobre la cobertura rige únicamente para las pólizas vendidas a empresas y personas en Maryland. Verifique su Evidencia de Cobertura para determinar si es elegible para recibir estos beneficios de procedimientos quirúrgicos.



AVISO DE AUMENTO DE TARIFAS PROPUESTAS

Las leyes de Maryland requieren que las compañías de seguros de salud, las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y los planes de servicio de salud sin fines de lucro presenten sus tarifas y soliciten su aprobación de la Administración de Seguros de Maryland (MIA) antes de que estas entren en vigencia.

Las tarifas propuestas se publican en el sitio web de la MIA en www.mdinsurance.state.md.us.

Una vez que los aumentos de las tarifas propuestas se publican, los consumidores de Maryland cuentan con un periodo de revisión pública de treinta días para enviar comentarios por el sitio web de la MIA. Una vez que la MIA completa su proceso de revisión y toma una decisión final sobre las presentaciones de tarifas, se publica un resumen de los resultados en su sitio web.

Recuerde: las tarifas propuestas del plan Federal BlueChoice se negocian directamente con la Oficina de Administración del Personal.

Asistencia de comunicaciones



ASISTENCIA DE IDIOMA Y COMUNICACIÓN

Si tiene problemas para entender el idioma inglés, dígaselo al representante cuando llame a Servicios para el Afiliado y un traductor que hable su idioma preferido se unirá a la llamada. Podemos brindarle información sobre sus beneficios y cómo acceder a los servicios médicos, y responderle cualquier otra pregunta.

Si tiene algún impedimento de la audición o el lenguaje, marque 711 para realizar una llamada a Servicios para el Afiliado.



¿NECESITA REGISTRARSE EN MI CUENTA?

Registrarse es rápido y fácil. ¡Solo demorará unos minutos!

Visite el sitio carefirst.com/myaccount y seleccione "Register Now" (*Registrarse ahora*). Luego, siga los pasos para completar su registro.

Con "My Account" (Mi Cuenta), tendrá acceso en línea seguro a herramientas e información personalizada solo para usted, sea de día o de noche.

Para registrarse, necesitará:

- Número de identificación del afiliado.
- Los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o Número de Identificación Fiscal.



AVISO DE PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE AYUDA CON EL IDIOMA

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits y todas sus filiales corporativas (denominadas en su conjunto "CareFirst") cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan en función de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. CareFirst no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, alguna incapacidad o el sexo.

CareFirst:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas que tienen alguna incapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese al 855-258-6518.

Si considera que CareFirst no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst está a su disposición para ayudarlo.

Para presentar una queja sobre alguna violación de los derechos civiles federales, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles según se indica a continuación. No envíe pagos, consultas sobre reclamaciones u otra documentación a esta oficina.

Coordinador de Derechos Civiles, Oficina Corporativa de Derechos Civiles

Domicilio postal P.O. Box 8894
Baltimore, Maryland 21224

Dirección de Correo Electrónico civilrightscoordinator@carefirst.com

Número de Teléfono 410-528-7820

Número de Fax 410-505-2011

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica por medio del portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, que podrá encontrar en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Podrá encontrar los formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Ayuda con el Idioma Extranjero

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their member identification card. All others may call 855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ፡- ይህ ማስታወቂያ ስለ መድን ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ከተወሰኑ ቀን-ገደቦች በፊት ሊፈጽሟቸው የሚገቡ ነገሮች ሊኖሩ ስለሚችሉ እነዚህን ወሳኝ ቀናት ሊይዝ ይችላሉ። ይኸን መረጃ የማግኘት እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ አገዛ የማግኘት መብት አለዎት። አባል ከሆኑ ከመታወቂያ ካርድዎ በስተጀርባ ላይ ወደተጠቀሰው የስልክ ቁጥር መደወል ይችላሉ። አባል ካልሆኑ ደግሞ ወደ ስልክ ቁጥር 855-258-6518 ደውለው 0ን እንዲጫኑ እስኪነገርዎ ድረስ ንግግሩን መጠበቅ አለብዎ። አንድ ወኪል መልስ ሲሰጥዎ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ያሳውቁ፣ ከዚያም ከተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።

Èdè Yorùbá (Yoruba) Ìtètíléko: Àkíyèsí yìí ní iwífún nípa isẹ adójútòfò rẹ. Ó le ní àwọn déèti pátó o sì le ní láti gbé ìgbésé ní àwọn ojò gbèdèké kan. O ni ètò láti gba iwífún yìí àti irànlówó ní èdè rẹ lófèḗ. Àwọn omọ-egbé gbòdò pe nóm̀bà fòdùn tò wà lèyìn káàdì idánimò wòn. Àwọn mírán le pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípasè ìjíròrò tí tí a ó fí sọ fún ọ láti tẹ 0. Nígbatí așójú kan bá dáhùn, sọ èdè tí o fẹ a ó sì sọ ọ pò mò ògbufò kan.

Tiếng Việt (Vietnamese) Chú ý: Thông báo này chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị. Thông báo có thể chứa những ngày quan trọng và quý vị cần hành động trước một số thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận được thông tin này và hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Các thành viên nên gọi số điện thoại ở mặt sau của thẻ nhận dạng. Tất cả những người khác có thể gọi số 855-258-6518 và chờ hết cuộc đối thoại cho đến khi được nhắc nhấn phím 0. Khi một tổng đài viên trả lời, hãy nêu rõ ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

Tagalog (Tagalog) Atensyon: Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa nasasaklawan ng iyong insurance. Maaari itong maglaman ng mga pinakamahalagang petsa at maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon ayon sa ilang deadline. May karapatan ka na makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong sariling wika nang walang gastos. Dapat tawagan ng mga Miyembro ang numero ng telepono na nasa likuran ng kanilang identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa dulo ng diyalogo hanggang sa diktahan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang ahente, sabihin ang wika na kailangan mo at ikokonekta ka sa isang interpreter.

Español (Spanish) Atención: Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Es posible que incluya fechas clave y que usted tenga que realizar alguna acción antes de ciertas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin ningún costo. Los asegurados deben llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar la grabación hasta que se les indique que deben presionar 0. Cuando un agente de seguros responda, indique el idioma que necesita y se le comunicará con un intérprete.

Русский (Russian) Внимание! Настоящее уведомление содержит информацию о вашем страховом обеспечении. В нем могут указываться важные даты, и от вас может потребоваться выполнить некоторые действия до определенного срока. Вы имеете право бесплатно получить настоящие сведения и сопутствующую помощь на удобном вам языке. Участникам следует обращаться по номеру телефона, указанному на тыльной стороне идентификационной карты. Все прочие абоненты могут звонить по номеру 855-258-6518 и ожидать, пока в голосовом меню не будет предложено нажать цифру «0». При ответе агента укажите желаемый язык общения, и вас свяжут с переводчиком.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: इस सूचना में आपकी बीमा कवरेज के बारे में जानकारी दी गई है। हो सकता है कि इसमें मुख्य तिथियों का उल्लेख हो और आपके लिए किसी नियत समय-सीमा के भीतर काम करना ज़रूरी हो। आपको यह जानकारी और संबंधित सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क पाने का अधिकार है। सदस्यों को अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और जब तक 0 दबाने के लिए न कहा जाए, तब तक संवाद की प्रतीक्षा करें। जब कोई एजेंट उत्तर दे तो उसे अपनी भाषा बताएँ और आपको व्याख्याकार से कनेक्ट कर दिया जाएगा।

Bàsòò-wùdù (Bassa) Tò Dùù Cáò! Bǎ nìà kè bá nyò bǎ kè m̄ gbo kpá bó nì fùà-fúá-tiǐn nyεε jè dyí. Bǎ nìà kè bédé wé jéé bǎ bǎ m̄ kè dε wa m̄ kè nyuεε nyu hwè bǎ wé bǎa kè zi. Ǿ m̄ nì kpé bǎ m̄ kè bǎ nìà kè kè gbo-kpá-kpá m̄ m̄ dε dyé dε nì bídí-wùdù mú bǎ m̄ kè se wídí dò péè. Kpooò nyò bǎ m̄ dá fúùn-nòbà nìà dε waa I.D. káàò dεín nyε. Nyò tòò séín m̄ dá nòbà nìà kè: 855-258-6518, kè m̄ m̄ fò tee bǎ wa kέ m̄ gbo cē bǎ m̄ kè nòbà m̄à 0 kέ dyi pàdàìn hwè. Ǿ jǔ kè nyò dò dyi m̄ gǎ jǔǐn, po wuqu m̄ m̄ poye dyie, kè nyò dò mu bó nìin bǎ Ǿ kè nì wuquò mú zà.

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: এই নোটিশে আপনার বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এর মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তারিখ থাকতে পারে এবং নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে আপনাকে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। বিনা খরচে নিজের ভাষায় এই তথ্য পাওয়ার এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদেরকে তাদের পরিচয়পত্রের পিছনে থাকা নম্বরে কল করতে হবে। অন্যেরা 855-258-6518 নম্বরে কল করে 0 টিপতে না বলা পর্যন্ত অপেক্ষা করতে পারেন। যখন কোনো এজেন্ট উত্তর দেবেন তখন আপনার নিজের ভাষার নাম বলুন এবং আপনাকে দোভাষীর সঙ্গে সংযুক্ত করা হবে।

اردو (Urdu) توجہ: یہ نوٹس آپ کے انشورینس کوریج سے متعلق معلومات پر مشتمل ہے۔ اس میں کلیدی تاریخیں ہو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ آپ کو مخصوص آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ آپ کے پاس یہ معلومات حاصل کرنے اور بغیر خرچہ کیے اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر موجود فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ سبھی دیگر لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبانے کو کہے جانے تک انتظار کریں۔ ایجنٹ کے جواب دینے پر اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور مترجم سے مربوط ہو جائیں گے۔

فارسی (Farsi) توجه: این اعلامیه حاوی اطلاعاتی درباره پوشش بیمه شما است. ممکن است حاوی تاریخ های مهمی باشد و لازم است تا تاریخ مقرر شده خاصی اقدام کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا این اطلاعات و راهنمایی را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. اعضا باید با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی شان تماس بگیرند. سایر افراد می توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا از آنها خواسته شود عدد 0 را فشار دهند. بعد از پاسخگویی توسط یکی از اپراتورها، زبان مورد نیاز را تنظیم کنید تا به مترجم مربوطه وصل شوید.

اللغة العربية (Arabic) تنبيه: يحتوي هذا الإخطار على معلومات بشأن تغطيتك التأمينية، وقد يحتوي على تواريخ مهمة، وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراءات بحلول مواعيد نهائية محددة. يحق لك الحصول على هذه المساعدة والمعلومات بلغتك بدون تحمل أي تكلفة. ينبغي على الأعضاء الاتصال على رقم الهاتف المذكور في ظهر بطاقة تعريف الهوية الخاصة بهم. يمكن للأخريين الاتصال على الرقم 855-258-6518 والانتظار خلال المحادثة حتى يطلب منهم الضغط على رقم 0. عند إجابة أحد الوكلاء، اذكر اللغة التي تحتاج إلى التواصل بها وسيتم توصيلك بأحد المترجمين الفوريين.

中文繁体 (Traditional Chinese) 注意：本聲明包含關於您的保險給付相關資訊。本聲明可能包含重要日期及您在特定期限之前需要採取的行動。您有權利免費獲得這份資訊，以及透過您的母語提供的協助服務。會員請撥打印在身分識別卡背面的電話號碼。其他所有人士可撥打電話 855-258-6518，並等候直到對話提示按下按鍵 0。當接線生回答時，請說出您需要使用的語言，這樣您就能與口譯人員連線。

Igbo (Igbo) Nrubama: Okwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. O nwere ike inwe ubochi ndi di mkpa, i nwere ike ime ihe tupu ufodu ubochi njedebe. I nwere ikike inweta ozi na enyemaka a n'asusu gi na akwughi ugwo o bula. Ndi otu kwesiri ikpo akara ekwentu di n'azu nke kaadi njirimara ha. Ndi ozu niile nwere ike ikpo 855-258-6518 wee chere ububu ahuru roo mgbe amanyere ipi 0. Mgbe onye nnochite anya zara, kwuo asusu i choro, a ga-ejiko gi na onye okowa okwu.

Deutsch (German) Achtung: Diese Mitteilung enthält Informationen über Ihren Versicherungsschutz. Sie kann wichtige Termine beinhalten, und Sie müssen gegebenenfalls innerhalb bestimmter Fristen reagieren. Sie haben das Recht, diese Informationen und weitere Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Als Mitglied verwenden Sie bitte die auf der Rückseite Ihrer Karte angegebene Telefonnummer. Alle anderen Personen rufen bitte die Nummer 855-258-6518 an und warten auf die Aufforderung, die Taste 0 zu drücken. Geben Sie dem Mitarbeiter die gewünschte Sprache an, damit er Sie mit einem Dolmetscher verbinden kann.

Français (French) Attention: cet avis contient des informations sur votre couverture d'assurance. Des dates importantes peuvent y figurer et il se peut que vous deviez entreprendre des démarches avant certaines échéances. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement ces informations et de l'aide dans votre langue. Les membres doivent appeler le numéro de téléphone figurant à l'arrière de leur carte d'identification. Tous les autres peuvent appeler le 855-258-6518 et, après avoir écouté le message, appuyer sur le 0 lorsqu'ils seront invités à le faire. Lorsqu'un(e) employé(e) répondra, indiquez la langue que vous souhaitez et vous serez mis(e) en relation avec un interprète.

한국어(Korean) 주의: 이 통지서에는 보험 커버리지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 주요 날짜 및 조치를 취해야 하는 특정 기한이 포함될 수 있습니다. 귀하에게는 사용 언어로 해당 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원이신 경우 ID 카드의 뒷면에 있는 전화번호로 연락해 주십시오. 회원이 아닌 경우 855-258-6518 번으로 전화하여 0을 누르라는 메시지가 들릴 때까지 기다리십시오. 연결된 상담원에게 필요한 언어를 말씀하시면 통역 서비스에 연결해 드립니다.

Diné Bizaad (Navajo) Ge': Díí bee íł hane'ígíí bii' dahóló bee éédahózin béeso ách'ááh naanil ník'ist'í'ígíí bá. Bii' dahólóq doo íiyisíí yoolkáálígíí dóo t'áadoo le'é ádadoolyíí'ígíí da yókeedgo t'áa doo bee e'e'aaahí ájiil'ííh. Bee ná ahóót'í' díí bee íł hane' dóo níká'ádoowoł t'áa nínizaad bee t'áa jiik'é. Atah danilínígíí béesh bee hane'é bee wólta'ígíí nitł'izgo bee nee hódolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'í' hodoonihjí'. Aadóo náánałta' éi kójjí' dahóoolnih 855-258-6518 dóo yii diiłts'ííł yałtí'ígíí t'áa níléjį́ áádóo éi bikéé'dóo naasbaąs bił adidiilchil. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitáągo, saad bee yániłt'í'ígíí yii diikił dóo ata' halne'é lá níká'ádoowoł.

Preclasificado,
franqueo estándar
de los EE. UU.
PAGADO
Permit 122
Lutherville, MD

