

Commonwealth Care Alliance Medicare Preferred (PPO)

2022 Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)



30 Winter Street • Boston, MA 02108

LEA ESTO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

Este formulario se actualizó el 10/05/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para los Miembros de CCA Medicare Preferred al 1-866-610-2273 o al 711, para los usuarios de TTY, de 8 am a 8 pm., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, y de 8 am a 6 pm, sábado y domingo). La llamada es gratuita o visite www.ccama.org/members

H9414_CF2022 Formulario aprobado ID: 00022122 • Versión Número 08 • Actualizado el 10/05/2021

Formulario de 2022 de CCA Medicare Preferred (PPO) (Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA ESTO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Presentación del archivo del formulario aprobado de HPMS, ID 00022122, Versión Número 08

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Commonwealth Care Alliance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia al 2022 CCA Medicare Preferred.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 10/05/2021. Este formulario se aplica a todos los miembros de CCA Medicare Preferred. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y periódicamente durante el año. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA) Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, y de 8 am a 6 pm, sábado y domingo). La llamada es gratuita.

Algunos beneficios adicionales son beneficios suplementarios especiales, para los cuales no todos los miembros calificarán. Póngase en contacto con el plan para obtener más información.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idioma disponibles usted sin cargo. Llame al 1-866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, y de 8 am a 6 pm, sábado y domingo). La llamada es gratuita.

¿Qué es el Formulario de CCA Medicare Preferred (PPO)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CCA Medicare Preferred con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Normalmente, CCA Medicare Preferred cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de CCA Medicare Preferred y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de CCA Medicare Preferred. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de CCA Medicare Preferred?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento

genérico que no sea nuevo en el Mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 31 días.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CCA Medicare Preferred?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2022, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 01/01/2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por el CCA Medicare Preferred comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 12. Luego, busque su medicamento debajo del

nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 119. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento.

En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

El CCA Medicare Preferred cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** el CCA Medicare Preferred exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con el CCA Medicare Preferred antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que el CCA Medicare Preferred no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, el CCA Medicare Preferred limita la cantidad del medicamento que cubrirá el CCA Medicare Preferred. Por ejemplo, el CCA Medicare Preferred proporciona 60 capsulas por receta para *celecoxib*. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, el CCA Medicare Preferred requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el CCA Medicare Preferred no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el CCA Medicare Preferred cubrirá el medicamento B.

- CCA Medicare Preferred limitará la cobertura de los glucómetros y las tiras reactivas de los siguientes productos de Abbott Diabetes Care:
 - Glucómetros FreeStyle Lite®
 - Glucómetro FreeStyle FreedomLite®
 - Glucómetro FreeStyle Precision Xtra®
 - Tiras reactivas de glucosa en sangre Freestyle Precision Xtra®
 - Tiras reactivas FreeStyle Lite® *compatibles con cualquier glucómetro Lite*

- Los miembros de CCA Medicare Preferred podrán obtener ciertos sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) en farmacias de la red con una receta válida. CCA cubrirá los siguientes MCG con una autorización previa aprobada.
 - Freestyle Libre®
 - Dexcom G6®

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea un documento para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a CCA Medicare Preferred que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de CCA Medicare Preferred?” en la página 6 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si resulta que CCA Medicare Preferred no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CCA Medicare Preferred. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CCA Medicare Preferred.

- Puede solicitar que CCA Medicare Preferred haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario del CCA Medicare Preferred?

Puede solicitarle a CCA Medicare Preferred que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CCA Medicare Preferred limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, el CCA Medicare Preferred solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido, o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico

para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 31-días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 31-días del medicamento. Después del primer suministro para 31-días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90-días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Proporcionaremos un suministro de emergencia para 31-días como mínimo (excepto que su receta esté indicada para menos días) para todos los medicamentos que no se encuentren en el formulario, incluidos aquellos que pueden tener requisitos de autorización previa o tratamiento escalonado. Una transición no planificada en el nivel de atención podría ser cualquiera de los siguientes casos:

- el alta o la admisión en un centro de atención a largo plazo,
- el alta o la admisión en un hospital, o
- un cambio en el nivel del centro de atención de enfermería especializada.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta del CCA Medicare Preferred, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre el CCA Medicare Preferred, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1- 800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario del CCA Medicare Preferred

El Formulario a continuación que comienza en la siguiente página 12 proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por el CCA Medicare Preferred. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 119.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, MYRBETRIQ) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *valsartan*).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si el CCA Medicare Preferred tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

CCA Medicare Preferred

Deducible	\$ 195 (for your Tier 3, Tier 4, and Tier 5 drugs)		
Copagos	Suministro para 30 días en farmacias de la red	Suministro para 60 días en farmacias de la red	Suministro para 90 días en farmacias de la red
Nivel 1	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$5	\$10	\$10
Nivel 3	\$47	\$94	\$131
Nivel 4	\$100	\$200	\$290
Nivel 5	29%	N/C	N/C
Copagos	Suministro para 30 días en pedidos por correo	Suministro para 60 días en pedidos por correo	Suministro para 90 días en pedidos por correo
Nivel 1	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$5	\$10	\$10
Nivel 3	\$47	\$94	\$131
Nivel 4	\$200	\$200	\$290
Nivel 5	29%	N/C	N/C
Copagos	Farmacia fuera de la red y para atención a largo plazo Suministro para 30 días	Farmacia fuera de la red y para atención a largo plazo Suministro para 60 días	Farmacia fuera de la red y para atención a largo plazo Suministro para 90 días
Nivel 1	\$0	N/C	N/C
Nivel 2	\$5	N/C	N/C
Nivel 3	\$47	N/C	N/C
Nivel 4	\$100	N/C	N/C
Nivel 5	29%	N/C	N/C

Etapa de brecha de cobertura

Después de que los costos totales de sus medicamentos recetados alcancen los **\$4,430**, y hasta que sus pagos alcancen los **\$7,050**, usted paga lo siguiente:

- 25 % de los costos de los medicamentos genéricos de la Parte D
- 25 % de los costos de los medicamentos de marca de la Parte D

Etapa de cobertura en casos de catástrofe

Después de la brecha de cobertura, cuando sus pagos del año son superiores a **\$7,050**, usted paga lo siguiente:

5 % por receta, o \$3.95 por receta para medicamentos genéricos de la Parte D, \$9.85 por receta para medicamentos de marca de la Parte D.

Lista de abreviaturas

EA: cada uno

GM: Gramos

LD: distribución limitada. El símbolo LD junto al nombre de un medicamento indica que la Administración de Medicamentos y Alimentos ha señalado que el medicamento está restringido a ciertas farmacias. Estos medicamentos solo pueden obtenerse en farmacias especializadas designadas que pueden encargarse de los medicamentos de manera apropiada. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicio para los Miembros al 1-866-610-2273 o al 711, para los usuarios de TTY, de 8 am a 8 pm., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, y de 8 am a 6 pm, sábado y domingo).

ML: Mililitros

NDS: suministro diario no extendido. Puede recibir un suministro para más de 1 mes de la mayoría de los medicamentos en su formulario a través de farmacias de venta minorista o pedidos por correo. Los medicamentos con la abreviatura "NDS" se limitan a un suministro para 1 mes tanto para las farmacias de venta minorista como de pedidos por correo.

PA: aprobación previa (o autorización previa). Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona autorizada a emitir recetas deben conseguir la aprobación de CCA Medicare Preferred antes de obtener su medicamento con receta. Si no consigue la aprobación, es posible que CCA Medicare Preferred no cubra el medicamento.

B/D: Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Significa que este medicamento puede ser elegible para el pago según la Parte B o la Parte D de Medicare. Antes de obtener el medicamento con receta, usted [o su médico] deben conseguir la autorización previa de CCA Medicare Preferred (CCA) para determinar la cobertura del medicamento según la parte D de Medicare. Sin autorización previa, es posible que CCA no cubra este medicamento.

PA_NSO: restricción de autorización previa solo para los nuevos usuarios. Si este medicamento es nuevo para usted, antes de obtener el medicamento con receta, usted (o su médico) deben conseguir la autorización previa de CCA Medicare Preferred. Sin autorización previa, es posible que CCA Medicare Preferred no cubra este medicamento.

QL: límite de cantidad. En ocasiones, CCA Medicare Preferred limita la cantidad que puede recibir de un medicamento.

SI: Insulinas selectas. CCA Medicare Preferred ofrece costos compartidos reducidos para todas las insulinas durante las etapas de brecha de cobertura, cobertura inicial y deducibles. Para un suministro para 31 días de las insulinas selectas, el costo máximo de desembolso directo será de \$35.

ST: tratamiento escalonado. En ocasiones, CCA Medicare Preferred requiere que siga un tratamiento escalonado. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un determinado orden para sus afecciones médicas. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no le da ningún resultado, cubriremos el segundo medicamento.

ST_NSO: tratamiento escalonado solo para nuevos usuarios. Si este es un medicamento nuevo para el miembro, primero deberá probar determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles. Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por su afección médica, estado de salud, por recibir servicios de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una reclamación ante:

Commonwealth Care Alliance
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Por teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de intérpretes en diferentes idiomas

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-610-2273 (TTY 711).

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY 711).

Chinese (繁體中文): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY 711)。

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY 711).

French (Français): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (ATS 711).

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-610-2273 (TTY 711).

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-610-2273 (TTY 711).

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-610-2273 (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-610-2273 (телетайп 711).

Arabic (العربية): ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (رقم هاتف الصم والبكم 711).

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY 711) पर कॉल करें।

Italian (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-610-2273 (TTY 711).

Portuguese (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY 711).

French Creole (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-610-2273 (TTY 711).

Polish (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY 711).

Greek (Ελληνικά): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-610-2273 (TTY 711).

Japanese (日本語): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Cambodian (ខ្មែរ): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-610-2273 (TTY 711)។

Lao/Laotian (ພາສາລາວ): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-866-610-2273 (TTY 711).

Gujarati (ગુજરાતી): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-610-2273 (TTY 711).

