



CCA Medicare Preferred (PPO) es ofrecido por Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC

Notificación anual de cambios para 2023

Actualmente, está inscrito como miembro de CCA Medicare Preferred. El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 5 para ver el Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la **Evidencia de cobertura**, que se encuentra en nuestro sitio web www.ccama.org. También puede llamar a Servicios para miembros para solicitarnos que le enviemos una **Evidencia de cobertura** por correo postal.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. CONSULTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si se aplican para usted.
- Revise los cambios en los costos de atención médica (proveedor de atención médica, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.

- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si su proveedor de atención primaria, sus especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra al dorso del manual **Medicare y usted 2023**.
- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en CCA Medicare Preferred.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en CCA Medicare Preferred.
- Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), vive actualmente en una o acaba de salir de una, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 866-610-2273 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lectura de pantalla,

sistema braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos). La llamada es gratuita.

- **La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de CCA Medicare Preferred

- CCA Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Medicare Preferred.
- En la Mancomunidad de Massachusetts, Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC opera como Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA).

Notificación anual de cambios para 2023 Índice

Notificación anual de cambios para 2023 Índice	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	16
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	20
Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Preferred	20
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
médica	
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Preferred	23
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	24

Resumen de costos importantes para 2023

El siguiente cuadro compara los costos de 2022 con los de 2023 para CCA Medicare Preferred en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Montos máximos de desembolso directo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>De proveedores de la red: \$6500</p> <p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10 000</p>	<p>De proveedores de la red: \$6500</p> <p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10 000</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: \$0 por visita Fuera de la red: \$20 por visita <p>Visitas a especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: \$45 por visita Fuera de la red: \$65 por visita 	<p>Visitas de atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: \$0 por visita Fuera de la red: \$0 por visita <p>Visitas a especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: \$40 por visita Fuera de la red: \$65 por visita

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Hospitalizaciones	Dentro de la red: <ul style="list-style-type: none"> • \$370 por día (días 1 a 5) • \$0 por día (días 6 a 90) Fuera de la red: 40 % de la visita	Dentro de la red: <ul style="list-style-type: none"> • \$370 por día (días 1 a 5) • \$0 por día (días 6 a 90) Fuera de la red: 30 % de la visita
Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles.	Deducible: <ul style="list-style-type: none"> • Niveles 1 y 2: \$0 • Niveles 3 a 5: \$195 Copago y/o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$5 • Nivel de medicamento 3: \$47 • Nivel de medicamento 4: \$100 • Nivel de medicamento 5: 29 % • Copago de insulina: \$35 	Deducible: \$0 Copago y/o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$0 • Nivel de medicamento 3: \$47 • Nivel de medicamento 4: \$100 • Nivel de medicamento 5: 29 % • Copago de insulina: \$35

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será **mayor** si debe pagar una multa por inscripción tardía de por vida de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga como “desembolso directo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos de desembolso directo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo dentro de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para su monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	\$6500	<p style="text-align: center;">\$6500</p> <p>Una vez que haya pagado \$6500 de desembolso directo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo de desembolso directo combinado</p> <p>No hay cambios en sus montos máximos de desembolso directo para 2023.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para su monto máximo de desembolso directo combinado. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de desembolso directo para servicios médicos.</p>	\$10 000	<p style="text-align: center;">\$10 000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10 000 de desembolso directo por servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Encontrará un **Directorio de proveedores y farmacias** actualizado en nuestro sitio web www.ccama.org. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo postal.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2023 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por un cambio a mitad de año en nuestros proveedores, comuníquese con Servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Ambulancia	<p>Servicios de ambulancia terrestre: \$295</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Servicios de ambulancia terrestre: \$300</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios dentales	<p>Usted tiene un máximo anual para servicios preventivos e integrales de \$1000 por año.</p> <p>Después de agotar el máximo anual, cualquier cargo restante es su responsabilidad.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Usted tiene un máximo anual para servicios preventivos e integrales de \$2300 por año.</p> <p>Después de agotar el máximo anual, cualquier cargo restante es su responsabilidad.</p> <p><u>Servicios de implantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Los implantes están cubiertos por un máximo de 2 implantes por arco por año, por un máximo total de 4 implantes por año. <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Suministros para la diabetes	<p>Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care, un proveedor preferido, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen: medidores FreeStyle Lite®, medidores FreeStyle Freedom Lite®, medidores Precision Xtra®, tiras reactivas FreeStyle Lite®, tiras reactivas Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra® Beta Ketone.</p>	<p>Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care y LifeScan, proveedores preferidos, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen: medidores FreeStyle Freedom Lite®, medidores Precision Xtra®, tiras reactivas FreeStyle Lite®, tiras reactivas Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra® Beta Ketone, sistema de glucosa OneTouch Ultra2®, medidor OneTouch Ultra Mini®, medidor OneTouch Verio Flex®, medidor OneTouch Verio IQ®, tiras reactivas OneTouch Ultra® y tiras reactivas OneTouch Verio®.</p> <p>Pueden aplicarse algunas restricciones.</p> <p>Puede obtener un glucómetro nuevo y tiras reactivas solicitando una nueva receta a su proveedor para surtirla en su farmacia local. También puede llamar a LifeScan al 1-800-227-8862 o visitar www.lifescan.com. O bien, llame a Abbott Diabetes Care al 1-800-522-5226 o visite www.AbbottDiabetesCare.com.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Atención de emergencia	<p>Cobertura mundial para servicios del departamento de emergencias</p> <p>Copago de \$90</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>El plan también cubre los servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan.</p> <p>Copago de \$90</p> <p>Hay un límite de \$100 000 para proveedores de servicios de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
Beneficio de acondicionamiento físico	<p>Asignación para el bienestar</p> <p>El plan le reembolsa hasta \$250 cada año calendario por el costo de artículos relacionados con el acondicionamiento físico y el bienestar.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Acondicionamiento físico Silver & Fit</p> <p>Silver & Fit incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso a un gimnasio de su elección, programación de Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, kits de acondicionamiento físico en el hogar y más. Para encontrar centros de acondicionamiento físico Silver & Fit y clases en línea, visite https://www.silverandfit.com/. También puede llamar al 1-877-427-4788 (TTY 711).</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Tarjeta Healthy Savings para comprar ciertos artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) aprobados por Medicare</p>	<p>Usted recibe una tarjeta con una asignación de \$50 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre aprobados por Medicare, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, de cuidado dental, suministros para síntomas de resfrío y otros, sin receta.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Usted recibe una tarjeta Healthy Savings con una asignación de \$165 cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre aprobados por Medicare, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, de cuidado dental, suministros para síntomas de resfrío y otros, en minoristas de la red.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
<p>Audífonos</p>	<p>Cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos: El plan cubre dos (2) audífonos cada dos años. Usted es responsable de pagar una cantidad de copago según el nivel de audífonos que elija. <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos: El plan cubre dos (2) audífonos cada año. Usted es responsable de pagar una cantidad de copago según el nivel de audífonos que elija. <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Asistencia para afecciones crónicas¹	Sin cobertura	<p>Los miembros con enfermedades crónicas que cumplen determinados criterios pueden optar por los beneficios complementarios para enfermos crónicos.</p> <p>El plan proporciona una asignación de \$50 por año a los miembros con enfermedades crónicas para la compra de calzado deportivo en tiendas de calzado con la tarjeta Healthy Savings.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
Atención de salud conductual para pacientes ambulatorios	<p>Sesiones individuales: copago de \$15 dentro de la red</p> <p>Sesiones grupales: copago de \$10 dentro de la red</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Sesiones individuales y grupales: copago de \$0 dentro de la red</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Copago de \$40 por visita dentro de la red</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Copago de \$0 por visita a domicilio</p> <p>\$30 por visita a consultorio o centro de proveedor dentro de la red</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico	<p>Servicios de especialistas: \$45 dentro de la red</p> <p>Servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: \$40</p> <p>Visitas y servicios de telesalud (atención virtual): copago de entre \$0 y \$45 dentro de la red, según el proveedor o el servicio</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener todos los detalles.</p>	<p>Servicios de especialistas: \$40 dentro de la red</p> <p>Servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: \$0-30</p> <p>Visitas y servicios de telesalud (atención virtual): copago de entre \$0 y \$40 dentro de la red, según el proveedor o el servicio</p> <p>La cobertura de telesalud incluye Teladoc.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
Servicios de podología	<p>\$45 por visita dentro de la red</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>\$40 por visita dentro de la red</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios de urgencia	<p>El plan también cubre los servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>El plan también cubre los servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan.</p> <p>Hay un límite de \$100 000 para proveedores de servicios de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

¹ Algunos beneficios adicionales son beneficios complementarios especiales, para los cuales no todos los miembros calificarán. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Lista de medicamentos aprobados o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico. **Para obtener la Lista de medicamentos completa** puede llamar a Servicios para miembros o visitar nuestro sitio web (www.ccama.org).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato

fármacos que la FDA considere peligrosos o que un fabricante de productos retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con sus proveedores de atención médica para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede contactar a Servicios para miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si forma parte de un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La siguiente información muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan las otras dos etapas: la Etapa de brecha de cobertura o la Etapa de cobertura contra catástrofes).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Niveles 1 y 2: \$0 Niveles 3 a 5: \$195 Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del Nivel 1, \$5,00 (suministro de un mes) por los medicamentos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0,00</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga \$5,00</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47,00</p> <p>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100,00</p> <p>Nivel 5, medicamentos de especialidad: Usted paga el 29 % del costo total.</p> <hr/>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0,00</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga \$0,00</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47,00</p> <p>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100,00</p> <p>Nivel 5, medicamentos de especialidad: Usted paga el 29 % del costo total.</p> <hr/>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura). Los costos totales anuales en medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados que usted y nuestro plan de la Parte D pagan.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura). Los costos totales anuales en medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados que usted y nuestro plan de la Parte D pagan.</p>

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin coste alguno para usted. Llame al Servicio de Atención al Afiliado para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina

No pagará más de 35 dólares por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre.

Si eligió este plan porque buscaba una cobertura de insulina a 35 dólares al mes o menos, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare.

Póngase en contacto con Medicare, en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, para que le ayuden a comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales de ayuda

Póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al Socio en el 866-610-2273 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 8 a 20 horas, 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a 20 horas, de lunes a viernes, y de 8 a 18 horas, los sábados y domingos).

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Preferred

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro plan CCA Medicare Preferred.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare;
- **–O–** puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual **Medicare y usted 2023**, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, Commonwealth Care Alliance Massachusetts ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en CCA Medicare Preferred.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en CCA Medicare Preferred.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - **–O–** comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con cobertura de Medicaid, las que reciben “ayuda adicional” para sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador, y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el programa SHIP se llama SHINE (servicio para la atención de necesidades de información sobre salud de todos [Serving the Health Insurance Needs of Everyone]).

Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del programa SHINE pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al programa SHINE al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (www.shinema.org).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, hay una lista con diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Massachusetts tiene un programa llamado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar por medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados criterios, incluida una prueba de residencia estatal y del estado del VIH, bajos ingresos según lo define el estado y condición de persona sin seguro o subasegurada. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido para medicamentos recetados mediante el programa AccessHealth MA. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 617-502-1700.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Preferred

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con Servicios para miembros al 866-610-2273 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos). Las llamadas a este número son gratuitas.

Lea la Evidencia de cobertura 2023 (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Esta **Notificación anual de cambios** proporciona un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2023. Para obtener detalles, consulte la **Evidencia de**

cobertura 2023 de CCA Medicare Preferred. La **Evidencia de cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. Podrá encontrar una copia de la **Evidencia de cobertura** en nuestro sitio web www.ccama.org. También puede llamar a Servicios para miembros para solicitarnos que le enviemos una **Evidencia de cobertura** por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ccama.org. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de proveedores y farmacias**) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (**Formulario/Lista de medicamentos**).

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y usted 2023

Puede leer el manual **Medicare y usted 2023**. Cada otoño, se envía este manual por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

