



30 Winter St., Boston, MA

<Member First Name> <Member Last Name>

<Address 1>

<Address 2>

<City>, <State>, <Zip>

**Información importante sobre cambios
en su plan de salud.**

Su notificación anual de cambios para 2024



CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) ofrecido por Commonwealth Care Alliance, Inc.

Notificación anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de CCA Senior Care Options. El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los cambios importantes.**

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

Qué hacer ahora

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si se aplican para usted.
 - Revise los cambios en el cuidado médico (médicos, hospitales).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos. **Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los servicios y suministros cubiertos.**

- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 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 2024*.
- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan. **Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los servicios y suministros cubiertos.**

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en CCA Senior Care Options.
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en CCA Senior Care Options.
- Consulte la Sección 3, página 15, para conocer más sobre sus opciones.
- 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

- Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas.

Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 866-610-2273 para obtener más información. **(Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- 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 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. 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 Senior Care Options

- CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y el programa Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.
- **Concientización sobre la recuperación del patrimonio:** La ley federal exige que MassHealth recupere dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tengan 55 años o más, y los que sean de cualquier edad y estén recibiendo atención a largo plazo en un asilo de ancianos u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de MassHealth, visite www.mass.gov/estatercovery.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Commonwealth Care Alliance, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Senior Care Options.

H2225_24_ANOC_M

Notificación anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024 5

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios 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 8

 Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias 8

 Sección 1.4: Cambios en los beneficios para servicios médicos 9

 Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D . 13

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir..... 16

 Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Senior Care Options 16

 Sección 2.2: Si desea cambiar de plan..... 16

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan 17

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)..... 18

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados..... 18

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? 19

 Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Senior Care Options..... 19

 Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare 19

 Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de MassHealth (Medicaid) 20

 SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan..... 26

 SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 48

Resumen de costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 con los de 2024 para CCA Senior Care Options en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los servicios cubiertos. Usted no paga nada por los servicios médicos cubiertos por CCA Senior Care Options.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visitas de cuidado primario: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de cuidado primario: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
Hospitalizaciones	\$0	\$0

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1: \$0 por medicamento recetado hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 2: \$0 por medicamento recetado hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 3: \$0 por medicamento recetado hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 4: \$0 por medicamento recetado hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 5: \$0 por medicamento recetado hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Cobertura en casos de catástrofe: \$0 por medicamento recetado hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1: \$0 por medicamento recetado hasta 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 2: \$0 por medicamento recetado hasta 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 3: \$0 por medicamento recetado hasta 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 4: \$0 por medicamento recetado hasta 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Nivel de medicamento 5: \$0 por medicamento recetado hasta 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p> <p>Cobertura en casos de catástrofe: \$0 por medicamento recetado hasta 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún desembolso directo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún desembolso directo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que MassHealth [Medicaid] la pague por usted).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Sin cambios</p>

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. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de desembolso directo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Dado que usted no paga la prima del plan ni los costos por medicamentos recetados, estos montos no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	<p>\$0</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los servicios cubiertos. Usted no paga nada por los servicios médicos cubiertos por CCA Senior Care Options.</p> <p style="text-align: center;">Sin cambios</p>

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran 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, el cual lo enviaremos dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2024* para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2024* para verificar qué farmacias forman parte de 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 para servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).

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

	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Acondicionamiento físico	El plan le reembolsa hasta \$250 cada año calendario para cubrir el costo de su membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados, clases de acondicionamiento físico educativas y cubiertas, participación en programas de bienestar, actividades de acondicionamiento físico con memoria, un rastreador de actividades (p. ej., Fitbit, Apple Watch, etc.), programas de control de peso y equipo de acondicionamiento físico.	El plan cubre una membresía de acondicionamiento físico Silver & Fit con acceso a una sesión por mes en un centro de acondicionamiento físico dentro de la red de su elección, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un (1) kit de acondicionamiento físico en el hogar por año y más. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.
Healthy Savings Card	Reciba una tarjeta con una asignación de \$285 cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar alimentos	Recibirá una Healthy Savings card con \$475 cargados trimestralmente (cada tres meses) que puede usar para comprar

	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>saludables (en caso de que tenga una enfermedad crónica) o artículos de venta libre aprobados por Medicare, como suministros de primeros auxilios, cuidado dental, suministros para síntomas de resfrío y otros, de venta sin receta en minoristas de la red.</p>	<p>artículos de venta libre (over the counter, OTC) cubiertos por CCA sin receta en minoristas dentro de la red. Use su tarjeta para comprar artículos de venta libre, incluidos: suministros de primeros auxilios, pruebas de COVID-19, gel de baño, cuidado dental, remedios para el resfrío y la gripe, y alimentos en tiendas minoristas dentro de la red.¹</p> <p>También puede usar su asignación trimestral para comprar alimentos y realizar pagos verificados de servicios públicos, como gas, agua, electricidad y cable con su tarjeta. La compañía de servicios públicos debe ser un comerciante de servicios públicos registrado y aceptar Visa como forma de pago.¹</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p> <p>Los beneficios de alimentos y pago de servicios públicos forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Solo en ubicaciones participantes.¹</p>

	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Anteojos	El plan paga hasta \$300 por año calendario para marcos o lentes de contacto para accesorios para la vista recetados.	El plan paga hasta \$350 por año calendario para marcos, lentes y lentes de contacto para anteojos recetados.
Transporte (médico)	El plan cubre el transporte que usted necesita por motivos médicos que no sean emergencias a destinos aprobados en el área de servicio del plan.	El plan cubre el transporte que usted necesita por motivos médicos que no sean emergencias a destinos aprobados y citas confirmadas en el área de servicio del plan hasta 50 millas por trayecto. Coordinated Transportation Services (CTS) debe reservar los viajes con anticipación. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.
Transporte (no médico)	Se ofrecen ocho viajes simples por mes para fines no médicos, como la compra de comestibles. Ciertas ubicaciones están prohibidas, como los casinos. Se puede aplicar la limitación de millas.	Se proporcionan ocho (8) viajes de ida por mes para fines no médicos, como compras de comestibles y bancos de alimentos a destinos aprobados por CCA, hasta 50 millas por trayecto. Coordinated Transportation Services (CTS) debe reservar los viajes con 72 horas de anticipación. Ciertas ubicaciones están prohibidas, como los casinos. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.
Servicios de emergencia	No se aplica el costo compartido del servicio de emergencia si es	No se aplica el costo compartido del servicio de emergencia si es

	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	admitido en un hospital para pacientes hospitalizados dentro de los tres (3) días.	admitido en un hospital para pacientes hospitalizados dentro de las 24 horas. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los servicios cubiertos. Usted no paga nada por los servicios de emergencia cubiertos por CCA Senior Care Options.
Servicios de urgencia	No se aplica el costo compartido de urgencia si es hospitalizado dentro de los tres (3) días.	No se aplica el costo compartido de urgencia si es hospitalizado dentro de un (1) día. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los servicios cubiertos. Usted no paga nada por los servicios médicos de urgencia cubiertos por CCA Senior Care Options.

¹ El beneficio de alimentos mencionado forma parte de un programa complementario especial para personas con afecciones crónicas que reúnan los requisitos. No todos los miembros reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Para ver si reúne los requisitos, llame a Servicios al Miembro al 866-610-2273 (TTY 711). No todos los miembros reúnen los requisitos.

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.

Implementamos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, los cuales podrían incluir la eliminación o incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o reasignación de medicamentos a otro nivel de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha reasignado a otro nivel de costo compartido.**

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 5 de su Evidencia de cobertura y hable con su proveedor 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

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Hemos incluido un documento aparte, denominado “Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS” [Low Income Subsidy, LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe la “Ayuda adicional” y no recibió este documento adjunto con este paquete, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

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 a las otras dos etapas: la Etapa de brecha de cobertura o la Etapa de cobertura contra catástrofes).

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de “desembolso directo” por los medicamentos recetados. Usted no paga nada por los medicamentos recetados cubiertos por CCA Senior Care Options.

Cambios en su etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. Sin cambios

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</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: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 5: Usted paga \$0 por medicamento recetado</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: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 5: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p>

Cambios en la Etapa de brecha de cobertura y en la Etapa de cobertura en casos de catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, se aplican a personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de brecha de cobertura ni a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Senior Care Options

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan CCA Senior Care Options.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero, si desea cambiar de plan en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare en cualquier momento.
- –O– puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6).

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 Senior Care Options.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en CCA Senior Care Options.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

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 2024.

¿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 MassHealth (Medicaid), las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar un cambio en otro momento del año.

Como usted tiene MassHealth (Medicaid), puede finalizar la membresía con nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no está conforme con su elección del 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 2024.

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 y MassHealth (Medicaid)

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 (**S**erving the **H**ealth **I**nsurance **N**eeds of **E**veryone).

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).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene MassHealth (Medicaid), ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también llamada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica para recibirla, no tendrá una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 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.
 - Oficina de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Senior Care Options

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711). Recibimos llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la Evidencia de cobertura 2024 (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 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* para CCA Senior Care Options. 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 recetados. 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

Puede visitar 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 2024

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, se envía este manual por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y 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.

Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de MassHealth (Medicaid)

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Autoservicio disponible las 24 horas del día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Servicio de interpretación disponible.

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 enfermedad, 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 (Civil Rights Coordinator).

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por motivo de su afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de 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, puede interponer un reclamo 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: civilrightscordinator@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
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 de diferentes idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-610-2273 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-610-2273 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-610-2273 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-610-2273 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-610-2273 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-610-2273 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-610-2273 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-610-2273 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-610-2273 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-610-2273 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-866-610-2273** (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-610-2273 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-610-2273 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-610-2273 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-610-2273 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-610-2273 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-866-610-2273 (TTY 711)**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હિય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-610-2273 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។
នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។
នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y el programa Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.