



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



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023

Estimado miembro:

Este aviso es para informarle que hubo un error en su **Evidencia de cobertura de CCA Medicare Preferred (PPO) 2023**.

A continuación, encontrará información que describe y corrige los errores. No debe hacer nada en respuesta a este documento, pero **le recomendamos que conserve esta información conjuntamente con sus materiales del plan 2023 como referencia para el futuro**.

Las copias actualizadas del Manual para miembros 2023 están disponibles en nuestro sitio web en www.ccama.org o puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, y solicitarnos que le enviemos por correo una copia de su Manual para miembros 2023.

Errores en su Evidencia de cobertura de 2023

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
<p>En la página 54, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Acupuntura.</p>	<p>Copago de \$40 dentro de la red por visita</p>	<p>Aclaremos que los copagos enumerados están relacionados con la acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por visita para visitas de acupuntura cubiertas por Medicare. Fuera de la red: copago de \$65 para acupuntura cubierta por Medicare.</p>
<p>En la página 58, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Visita anual de bienestar.</p>	<p>Coseguro del 40 % fuera de la red según el servicio.</p>	<p>Aclaremos que el coseguro del 40 % fuera de la red <u>no es específico para un servicio.</u></p>
<p>En la página 59, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Servicios de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Rehabilitación cardíaca intensiva: copago de \$0 dentro de la red por visita.</p>	<p>Aclaremos que hay \$20 de copago dentro de la red para rehabilitación cardíaca intensiva.</p>

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
<p>En la página 63, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Servicios dentales.</p>	<p>No se mencionan las radiografías de mordida.</p>	<p>Aclaremos que las radiografías de mordida son pagaderas una vez por año calendario en virtud de los servicios dentales preventivos.</p> <p>Las radiografías de aleta de mordida no se pagan en el mismo año que la serie de boca completa.</p>

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
<p>En la página 63, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Servicios dentales.</p>	<p>No se mencionó el plan dental cubierto por Medicare.</p>	<p>Aclaremos que los servicios cubiertos por Medicare, también denominados atención dental que no sea de rutina son los servicios que proporciona un dentista o un cirujano bucal que se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).</p> <p>Costos dentro de la red: 20 % de coseguro</p> <p>Costos fuera de la red: 40 % de coseguro</p>

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
<p>En la página 63, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Servicios dentales.</p>	<p>No se mencionó la prostodoncia.</p>	<p>Aclaremos la cobertura de prostodoncia.</p> <p>Prostodoncia: Están disponibles dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales y servicios relacionados: 1 procedimiento cada 5 años del plan.</p> <p>Dentadura superior completa o dentadura inferior entregada en el momento de la extracción de los dientes superiores restantes una vez durante la vida del miembro. Los ajustes de dentaduras postizas están cubiertos hasta 2 procedimientos por año del plan. Las reparaciones están cubiertas 1 procedimiento de cada tipo de procedimiento por dentadura postiza por año del plan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
En la página 74, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Servicios de audición.	Audífonos: coseguro del 50 % fuera de la red hasta el beneficio máximo de \$300 por año de beneficios.	Aclaremos que un audífono por oído está cubierto con un coseguro del 50 % fuera de la red hasta el beneficio máximo de \$300 por año de beneficios.
En la página 73, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará, en la Healthy Savings Card para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare.	Usted paga \$0 por artículos cubiertos hasta \$165 por trimestre.	Aclaremos que los montos no utilizados no pueden transferirse de un trimestre al siguiente.
En la página 98, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Servicios del médico/profesional.	Se requiere autorización previa.	Aclaremos que <u>no se requiere</u> autorización previa para los servicios de médicos y profesionales.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
<p>En la página 52, en la Sección 2.1 en “Sus beneficios médicos y los costos como afiliado del plan” Y</p> <p>En la página 75, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Ayuda para enfermedades crónicas.</p>	<p>Hubo una lista de enfermedades crónicas elegibles que incluyeron: enfermedad renal crónica, discapacidades físicas, afecciones musculoesqueléticas, discapacidades del desarrollo y discapacidades de la visión y la audición.</p>	<p>Aclaremos que las afecciones crónicas cubiertas son: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en estadio terminal, enfermedad renal en estadio terminal (end-stage renal disease, ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades de la salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
<p>En las páginas 83, 91 y 109, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará en Estadía hospitalaria como paciente internado, Centro de enfermería especializada y Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Sangre: la cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar dicha sangre o hacer que otra persona lo haga. Medicare cubre todos los demás hemoderivados a partir de la primera pinta utilizada.</p>	<p>Aclaremos que los servicios de sangre para pacientes ambulatorios están cubiertos desde la primera pinta de sangre que necesite.</p> <p><u>No se requiere</u> autorización previa para los servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>
<p>En la página 72, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en programas de educación sobre salud y bienestar y línea de asesoramiento de enfermería.</p>	<p>Línea de asesoramiento de enfermería: Copago de \$0 dentro de la red</p>	<p>Aclaremos que, si utiliza una línea de asesoramiento de enfermería fuera de la red que cobra un costo compartido, usted será responsable del 40 % de coseguro.</p> <p>Puede usar la línea de asesoramiento de enfermería de CCA de forma gratuita.</p>

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
En la página 92, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Observación en hospital ambulatorio.	Se requiere autorización previa.	Aclaremos que <u>no se requiere</u> autorización previa para los servicios de observación para pacientes ambulatorios.
En la página 98, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Hospitalización parcial.	Se requiere autorización previa.	Aclaremos que <u>no se requiere</u> autorización previa para la hospitalización parcial.
En la página 102, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Comidas de rehabilitación/ poshospitalización.	Los miembros tienen derecho a 14 comidas, 7 días como máximo, después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) cuando las comidas se obtienen de un proveedor contratado. Si las comidas se obtienen de un proveedor fuera de la red, los miembros pueden recibir un reembolso del 50 % (hasta \$6 por comida) por el costo de las comidas por alta de un hospital o de un SNF.	Aclaremos que el beneficio de comidas posterior al alta hospitalaria está permitido después del alta hospitalaria y no en otras circunstancias.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ERRORES
EN SU EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2023**

Dónde puede encontrar el error en su Evidencia de cobertura 2023	Información original	Información corregida
En la página 106, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará en la prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT).	Se requiere autorización previa.	Aclaremos que <u>no se requiere</u> autorización previa para la detección del cáncer de pulmón.
En la página 114, en la Sección 2, consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará en Cuidado de la visión.	<p>Examen ocular de rutina:</p> <p>Coseguro del 0 % al 50 % (hasta el beneficio máximo anual de \$150) fuera de la red.</p> <p>Una visita por año.</p> <p>Lentes para anteojos recetados: Cubiertos hasta el beneficio máximo anual de \$150 fuera de la red.</p>	Aclaremos que se aplica un coseguro del 50 % si usted se encuentra fuera de la red para exámenes de la vista de rutina o lentes recetados.

CCA Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. 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.



Notificación de documentos en línea para 2024 CCA Medicare Preferred (PPO)

La información esencial de su plan está disponible en línea.

Los materiales de su plan.

Los materiales de su plan contienen información importante sobre Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA) Medicare Preferred. Puede acceder a estos documentos en cualquier momento y desde cualquier lugar, con su computadora, tableta u otro dispositivo.

Evidencia de cobertura

En su Evidencia de cobertura se proporciona una descripción completa de la cobertura en virtud de su plan CCA Medicare Preferred. En ella se explican las reglas del plan, cómo funciona su cobertura y a quién debe llamar en caso de que tenga preguntas.

Directorio de proveedores y farmacias

El Directorio de proveedores y farmacias incluye una lista de todos los proveedores y farmacias contratados disponibles para usted como miembro de CCA Medicare Preferred. Los directorios de proveedores pueden cambiar con frecuencia, por lo que debe asegurarse de consultar la versión más actual del directorio.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos aprobados)

En la Lista de medicamentos cubiertos se enumeran todos los medicamentos que cubre su plan CCA Medicare Preferred. En ella también se enumera cualquier requisito especial, como las autorizaciones previas, los límites de cantidad o los requisitos para la terapia escalonada.

¿Prefiere una copia impresa?

¡No hay problema! Llame a Servicios para miembros al número que figura a continuación y solicítenos que le enviemos una copia por correo.

Asistencia adicional

Si tiene preguntas sobre su plan CCA Medicare Preferred, llame a Servicios para miembros al **866-610-2273 (TTY 711)**. Los representantes están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE



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

Notificación anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de CCA Medicare Preferred (PPO). El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 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 (médico, 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 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de cuidado primario, sus especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 2024

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.

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 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 2024**. 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

- 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.
- **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-andFamilies para obtener más información.

Acerca de CCA Medicare Preferred

- CCA Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción en el plan 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.

H9414_24_ANOC_Preferred_M

**Notificación anual de cambios para 2024
Índice**

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	6
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .	12
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Preferred	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Preferred.....	18
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	19

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 20244

Resumen de costos importantes para 2024

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Montos máximos de desembolso directo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$6,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000	De proveedores de la red: \$5,950 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$9,550
Visitas al consultorio del médico	\$0 de copago por visita de atención primaria: <i>\$0 de copago por visita fuera de la red¹.</i> Visitas a especialistas: \$40 de copago por visita <i>\$65 de copago por visita fuera de la red¹.</i>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita <i>\$0 de copago por visita fuera de la red¹.</i> Visitas a especialistas: \$40 de copago por visita <i>\$65 de copago por visita fuera de la red¹.</i>
Hospitalizaciones	Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso: Días 1 a 5: \$370 Día 6 en adelante: \$0 <i>Fuera de la red¹: Usted paga un coseguro del 30 % por estadía</i>	Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso: Días 1 a 5: \$370 Día 6 en adelante: \$0 <i>Fuera de la red¹: Usted paga un coseguro del 30 % por estadía</i>

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 20245

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <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 % <p>Cobertura en casos de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor de lo siguiente: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$0 • Nivel de medicamento 3: \$47 <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 4: \$100 • Nivel de medicamento 5: 33 % <p>Cobertura en casos de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada

¹Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso directo dentro de la red 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. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.	\$6,500	\$5,950 Una vez que haya pagado \$5,950 de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año calendario.

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 20247

Monto máximo de desembolso directo combinado 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. Su prima y costos del plan por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de desembolso directo para servicios médicos.	\$10,000	\$9,550 Una vez que haya pagado \$9,550 de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.
---	----------	--

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 de la Parte A y la Parte B el resto del año.

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 año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores 2024* para verificar si sus proveedores (proveedores de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2024* 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios quiroprácticos</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por visita</p> <p><i>\$65 de copago por visita fuera de la red¹.</i></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red¹: Usted paga \$65 de copago por visita</i></p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <p>Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Servicios de extracciones • Servicios de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios 	<p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <p>Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina • Servicios de endodoncia • Servicios de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 20249

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios de emergencia	No se aplica el copago por servicios de emergencia si es admitido en el hospital dentro de 1 día	No se aplica el copago por servicios de emergencia si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas.
Servicios de ambulancia	Usted paga \$300 de copago por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. <i>Fuera de la red¹: Usted paga \$300 de copago</i>	Usted paga \$290 de copago por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. <i>Fuera de la red¹: Usted paga \$290 de copago</i>
Acondicionamiento físico	<i>Fuera de la red: Los miembros pueden obtener un reembolso de hasta \$50 para visitar a un proveedor fuera de la red.</i>	<i>Fuera de la red: Debe usar el programa Silver and Fit.</i>
Servicios para la audición	Los audífonos de venta libre <u>no</u> están cubiertos por el beneficio de audífonos. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.	Los audífonos de venta libre están cubiertos como parte del beneficio de audición de rutina hasta el monto del beneficio máximo permitido para audífonos a través de NationsHearing. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 202410

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p>	<p>Los miembros con enfermedades crónicas que cumplen determinados criterios pueden ser elegibles para los beneficios complementarios para enfermos crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> El monitoreo de robo de identidad <u>no</u> está cubierto <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Los miembros con enfermedades crónicas que cumplen determinados criterios pueden ser elegibles para los beneficios complementarios para enfermos crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros que reúnan los requisitos y que tengan una enfermedad crónica son elegibles para el monitoreo de robo de identidad. No todos los miembros reúnen los requisitos.² <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
<p>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</p>	<p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por artículos cubiertos de hasta \$165 por trimestre (cada tres [3] meses)</p> <p><i>Fuera de la red: Los miembros pueden recibir un reembolso hasta la asignación trimestral.</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por artículos cubiertos por CCA de hasta \$220 por trimestre (cada tres [3] meses) en su Healthy Savings Card</p> <p><i>Fuera de la red: Debe usar la Healthy Savings card.</i></p>

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 202411

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Rehabilitación pulmonar	<p>Usted paga \$20 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red¹: Usted paga un coseguro del 40 %</i></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red¹: Usted paga un coseguro del 40 %</i></p>
Servicios oftalmológicos	<p>Exámenes oculares: Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a un examen ocular de rutina por año calendario.</p> <p>Anteojos: Dentro de la red Asignación de \$290 por año para marcos o lentes de contacto por año del plan. Una lente base (simples, bifocales, trifocales)</p> <p>Fuera de la red</p> <p>El 50 % de coseguro del miembro se aplica a los lentes cubiertos por año calendario. 0 % de coseguro del miembro para marcos o lentes de contacto (en lugar de lentes), hasta la asignación máxima para marcos de \$290 por año calendario</p>	<p>Exámenes oculares: Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a un examen de la vista de rutina por año calendario hasta el beneficio máximo de \$150</p> <p>Anteojos: Dentro de la red Asignación de \$350 cada año para marcos, lentes, lentes de contacto y mejoras</p> <p>Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a los lentes cubiertos cada año calendario hasta el beneficio máximo de \$150 Coseguro del miembro del 0 % para marcos, lentes de contacto y pruebas de ajuste, hasta \$350 por año calendario</p>

¹Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

²Los beneficios de robo de identidad y calzado deportivo mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. No todos los miembros reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios para Miembros al 866-610-2273 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos. 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 9 de su Evidencia de cobertura y hable con sus médicos 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.** Le hemos enviado 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 “Ayuda adicional” y no recibió este folleto antes del 30 de septiembre de 2023, 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).

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 202413

Cambios en la 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.

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, medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 5, medicamentos de especialidad: Usted paga 29 % por medicamento recetado</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 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por medicamento recetado</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada</p>

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 202414

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		<p>producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por medicamento recetado. Nivel 5, medicamentos de especialidad: Usted paga 33 % por medicamento recetado</p> <hr/>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando surte la 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 medicamentos recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</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 en medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</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.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en casos de catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 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 2024, 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 2.1 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 2024*, 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 LLC ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 202416

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 recetados** , 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 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.

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 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 2024 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 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

Notificación anual de cambios de CCA Medicare Preferred (PPO) para 202417

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 de salud de todos [Serving the Health Information 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 1-800-243-4636 (TTY 1-800-439-2379). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (www.shinema.org).

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.** 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 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.
 - 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 reúnen los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido para medicamentos recetados del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Massachusetts. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-228-2714.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Preferred

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al 866-610-2273. (Los usuarios de TTY deben llamar al 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* 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 recetados. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.ccama.org. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* que le enviamos por correo por separado para saber si otros cambios en beneficios o costos se aplican para usted. 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 nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos aprobados*).

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 2024*.

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, se envía este documento 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.

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 Italiano vi 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 હોય 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, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

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

CCA Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. 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