



30 Winter St., Boston, MA

<Member First Name> <Member Last Name>

<Address 1>

<Address 2>

<City>, <State>, <Zip>

**Informações importantes sobre alterações
ao seu plano de saúde.**

Aviso Anual de Alterações para 2024



O CCA Medicare Preferred (PPO) é disponibilizado pelo Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC.

Aviso Anual de Alterações para 2024

Está atualmente inscrito como associado do CCA Medicare Preferred (PPO). No próximo ano, haverá alterações nos custos e benefícios do plano. **Consulte a página 4 para obter um resumo dos custos importantes, incluindo prêmios.**

Este documento informa sobre as alterações ao seu plano. Para obter mais informações sobre custos, benefícios ou regras, consulte a *Prova de Cobertura*, que está localizada no nosso website em www.ccama.org. Também pode ligar para o Serviço de Atendimento a Associados para nos pedir que lhe enviemos uma *Prova de Cobertura*.)

- **Tem de 15 de outubro a 7 de dezembro para fazer alterações à sua cobertura Medicare para o próximo ano.**
-

O que fazer agora

1. **PERGUNTE:** que alterações se aplicam a si

- Verifique as alterações aos nossos benefícios e custos para ver se o afetam.
 - Reveja as alterações aos custos dos cuidados médicos (médico, hospital).
 - Reveja as alterações à nossa cobertura de medicamentos, incluindo requisitos e custos de autorização.
 - Pense em quanto irá gastar em prêmios, franquias e custos partilhados.
- Verifique as alterações na Lista de Medicamentos de 2024 para garantir que os medicamentos que toma atualmente ainda estão cobertos.
- Verifique se o seu médico de cuidados primários, especialistas, hospitais e outros prestadores, incluindo farmácias, estarão na nossa rede no próximo ano.
- Pense se está satisfeito com o nosso plano.

2. COMPARE: saiba mais sobre outras opções de planos

- Verifique a cobertura e os custos dos planos na sua área. Utilize o Localizador de Planos Medicare em www.medicare.gov/plan-compare ou reveja a lista no verso do seu manual *Medicare & You 2024*.
- Depois de limitar a sua escolha a um plano preferido, confirme os seus custos e cobertura no website do plano.

3. ESCOLHA: Decida se pretende alterar o seu plano

- Se não aderir a outro plano até 7 de dezembro de 2023, permanecerá no CCA Medicare Preferred.
- Para **mudar para um plano diferente**, pode mudar de planos entre 15 de outubro e 7 de dezembro. A sua nova cobertura terá início a **1 de janeiro de 2024**. Isto irá terminar a sua inscrição no CCA Medicare Preferred.
- Se mudou recentemente para, vive atualmente ou acabou de se mudar de uma instituição (como uma instituição de cuidados especializados ou hospital de cuidados continuados), pode mudar de plano ou mudar para o Original Medicare (com ou sem um plano de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare separado) a qualquer momento.

Recursos adicionais

- Entre em contacto com o nosso número de Serviço de Atendimento a Associados através do 866-610-2273 para obter informações adicionais. (Os utilizadores TTY devem contactar o número 711.) As horas são: das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Esta chamada é gratuita.
- Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como letras grandes, formatos que funcionam com tecnologia de leitor de ecrã, braille ou áudio.
- **A cobertura deste plano qualifica-se como Qualifying Health Coverage [Cobertura de Saúde Qualificada, QHC]** e satisfaz o requisito de responsabilidade partilhada individual do Patient Protection and Affordable Care Act [Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis, ACA). Consulte o sítio Web do Internal Revenue Service (IRS) em: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para mais informações.

Sobre o CCA Medicare Preferred

- O CCA Medicare Preferred (PPO) é um plano de saúde com um contrato Medicare. A adesão ao plano depende da renovação dos acordos.
- Quando este documento diz “nós”, “-nos” ou “nosso”, refere-se à Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC. Quando se refere a “plano” ou “nosso plano”, significa o CCA Medicare Preferred.

H9414_24_ANOC_Preferred_M

**Aviso Anual de Alterações para 2024
Índice**

| | |
|---|-----------|
| Resumo dos custos importantes para 2024 | 4 |
| SECÇÃO 1 Alterações aos benefícios e custos para o próximo ano..... | 6 |
| Secção 1.1 – Alterações ao Prémio Mensal | 6 |
| Secção 1.2 – Alterações aos seus montantes máximos de desembolso..... | 7 |
| Secção 1.3 – Alterações às Redes de Prestadores e Farmácias | 8 |
| Secção 1.4 – Alterações aos benefícios e custos dos serviços médicos..... | 9 |
| Secção 1.5 – Alterações à cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D..... | 13 |
| SECÇÃO 2 Decidir qual o plano a escolher..... | 16 |
| Secção 2.1 – Se quiser permanecer no CCA Medicare Preferred..... | 16 |
| Secção 2.2 – Se quiser mudar de planos | 16 |
| SECÇÃO 3 Prazo para Alteração de Planos | 17 |
| SECÇÃO 4 Programas que oferecem aconselhamento gratuito sobre a Medicare | 17 |
| SECÇÃO 5 Programas que ajudam a pagar medicamentos sujeitos a receita médica | 18 |
| SECÇÃO 6 Perguntas?..... | 19 |
| Secção 6.1 – Obter ajuda do CCA Medicare Preferred | 19 |
| Secção 6.2 – Obter ajuda da Medicare..... | 19 |

Resumo dos custos importantes para 2024

A tabela abaixo compara os custos de 2023 e os custos de 2024 para o CCA Medicare Preferred em várias áreas importantes. **Tenha em atenção que este é apenas um resumo dos custos.**

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|---|---|---|
| <p>Prémio mensal do plano*</p> <p>* O seu prémio pode ser superior ou inferior a este montante. Para mais informações, consulte a Secção 1.1.</p> | \$0 | \$0 |
| <p>Montantes máximos de desembolso</p> <p>Este é o <u>máximo</u> que irá desembolsar pelos seus serviços cobertos da Parte A e da Parte B. (Para mais informações, consulte a Secção 1.2.)</p> | <p>De prestadores da rede: \$6,500</p> <p>De prestadores da rede e fora da rede combinados: \$10,000</p> | <p>De prestadores da rede: \$5,950</p> <p>De prestadores da rede e fora da rede combinados: \$9,550</p> |
| <p>Consultas no consultório médico</p> | <p>Consultas de cuidados primários: \$0 por consulta <i>Fora da rede¹: \$0 de copagamento por consulta</i></p> <p>Consultas de especialistas: \$40 de copagamento por consulta <i>Fora da rede¹: \$65 de copagamento por consulta</i></p> | <p>Consultas de cuidados primários: \$0 por consulta <i>Fora da rede¹: \$0 de copagamento por consulta</i></p> <p>Consultas de especialistas: \$40 de copagamento por consulta <i>Fora da rede¹: \$65 de copagamento por consulta</i></p> |

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|--|---|---|
| Internamentos hospitalares | <p>Na rede: Faz o seguinte copagamento por dia, por admissão:</p> <p>Dias 1 - 5: \$370</p> <p>Dias 6 – posteriores: \$0</p> <p><i>Fora da rede¹: Paga um cosseguro de 30% por estadia</i></p> | <p>Na rede: Faz o seguinte copagamento por dia, por admissão:</p> <p>Dias 1 - 5: \$370</p> <p>Dias 6 – posteriores: \$0</p> <p><i>Fora da rede¹: Paga um cosseguro de 30% por estadia</i></p> |
| <p>Parte D da cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (consulte a Secção 1.5 para mais detalhes.)</p> | <p>Franquia: \$0</p> <p>Copagamento e/ou cosseguro durante a Fase de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoria 1 do medicamento: \$0 • Categoria 2 do medicamento: \$0 • Categoria 3 do medicamento: \$47 • Categoria 4 do medicamento: \$100 • Categoria 5 do medicamento: 29% <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta fase de pagamento, o plano pagará a maior parte do custo dos seus medicamentos cobertos • Por cada receita, paga o que for maior: um pagamento igual a 5% | <p>Franquia: \$0</p> <p>Copagamento e/ou cosseguro durante a Fase de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoria 1 do medicamento: \$0 • Categoria 2 do medicamento: \$0 • Categoria 3 do medicamento: \$47 <p>Paga \$35 por fornecimento mensal de cada insulina coberta neste nível</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoria 4 do medicamento: \$100 • Categoria 5 do medicamento: 33% <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta fase de pagamento, o plano pagará a maior parte do custo dos seus |

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|--------------|---|-----------------------------|
| | do custo do medicamento (chamado cosseguro), ou um copagamento (\$4,15 para um medicamento genérico ou um medicamento que é tratado como um genérico, e \$10,35 para todos os outros medicamentos.) | medicamentos. Não paga nada |

¹Os prestadores fora da rede/não contratados não têm qualquer obrigação de tratar os associados do Plano, exceto em situações de emergência. Contacte o nosso número de serviço de apoio ao cliente ou consulte a sua Prova de Cobertura para obter mais informações, incluindo a partilha de custos que se aplica a serviços fora da rede.

SECÇÃO 1 Alterações aos benefícios e custos para o próximo ano

Secção 1.1 – Alterações ao Prémio Mensal

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|---|------------------------|---------------------------|
| Prémio mensal (Deve também continuar a pagar o seu prémio da Medicare parte B.) | \$0 | \$0 |

- O seu prémio mensal do plano será *superior* se tiver de pagar uma penalização vitalícia por inscrição tardia na Parte D por ficar sem outra cobertura de medicamentos que seja pelo menos tão boa como a cobertura de medicamentos da Medicare (também referida como cobertura creditável) durante 63 dias ou mais.
- Se tiver um rendimento mais elevado, poderá ter de pagar um montante adicional todos os meses diretamente ao governo pela sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare.
- O seu prémio mensal será *menor* se estiver a receber “Ajuda Extra” com os seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica. Consulte a Secção 7 relativa a “Ajuda Extra” da Medicare.

Secção 1.2 – Alterações aos seus montantes máximos de desembolso

A Medicare exige que todos os planos de saúde limitem o montante que paga do seu próprio bolso para o ano. Estes limites são designados por montantes máximos de desembolso. Assim que atingir este montante, geralmente não paga nada pelos serviços cobertos da Parte A e da Parte B durante o resto do ano.

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|---|------------------------|---|
| <p>Montante de desembolso máximo na rede</p> <p>Os seus custos por serviços médicos cobertos (como copagamentos) de prestadores da rede contam para o seu montante máximo de desembolso na rede. O seu prémio do plano e os seus custos para medicamentos sujeitos a receita médica não contam para o seu montante máximo de desembolso.</p> | \$6,500 | <p>\$5,950</p> <p>Assim que tiver pago \$5,950 de desembolso por serviços cobertos da Parte A e da Parte B, não pagará nada pelos seus serviços cobertos de prestadores da rede durante o resto do ano civil.</p> |
| <p>Montante máximo de desembolso combinado</p> <p>Os seus custos por serviços médicos cobertos (tais como copagamentos) de prestadores dentro e fora da rede contam para o seu montante máximo de desembolso combinado. O prémio do seu plano e os seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório não contam para o seu montante máximo de desembolso para serviços médicos.</p> | \$10,000 | <p>\$9,550</p> <p>Assim que tiver pago \$9,550 de desembolso por serviços cobertos da Parte A e da Parte B, não pagará nada pelos seus serviços cobertos da Parte A e da Parte B de prestadores da rede ou de fora da rede durante o resto do ano civil</p> |

Secção 1.3 – Alterações às Redes de Prestadores e Farmácias

Os diretórios atualizados estão localizados no nosso website em www.ccama.org. Também pode entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Associados para obter informações atualizadas sobre prestadores e/ou farmácias ou para nos pedir para lhe enviarmos um diretório por correio, que iremos enviar por correio em três dias úteis.

Existem alterações à nossa rede de prestadores para o próximo ano. **Reveja o *Diretório de Prestadores de 2024* para ver se os seus prestadores (prestadores de cuidados primários, especialistas, hospitais, etc.) estão na nossa rede.**

Existem alterações à nossa rede de farmácias para o próximo ano. **Reveja o *Diretório de Farmácias de 2024* para ver que farmácias estão na nossa rede.**

É importante que saiba que podemos alterar os hospitais, médicos e especialistas (prestadores) e farmácias que fazem parte do seu plano durante o ano. Se uma alteração semestral nos nossos prestadores o afetar, contacte o Serviço de Atendimento a Associados para que possamos ajudar.

Secção 1.4 – Alterações aos benefícios e custos dos serviços médicos

Estamos a fazer alterações aos custos e benefícios de determinados serviços médicos no próximo ano. As informações abaixo descrevem estas alterações.

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|--------------------------------|---|---|
| Serviços de quiropraxia | <p>Faz um copagamento de \$20 por consulta</p> <p><i>Fora da rede¹: faz um copagamento de \$65 por consulta</i></p> | <p>Faz um copagamento de \$15 por consulta</p> <p><i>Fora da rede¹: Faz um copagamento de \$65 por consulta</i></p> |
| Serviços dentários | <p>Serviços dentários abrangentes (não Medicare):</p> <p>É necessária autorização prévia, exceto para os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não rotineiro • Serviços de diagnóstico • Serviços de restauro • Serviços de Endodontia • Serviços de Periodontia • Serviços de Extração • Prostodontia, Outra Cirurgia Oral/Maxilofacial, Outros Serviços | <p>Serviços dentários abrangentes (não Medicare):</p> <p>É necessária autorização prévia, exceto para os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não rotineiro • Serviços de Endodontia • Prostodontia, Outra Cirurgia Oral/Maxilofacial, Outros Serviços |

Aviso Anual de Alterações do CCA Medicare Preferred (PPO) para 2024 10

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|-------------------------------|--|--|
| Serviços de emergência | O copagamento para serviços de emergência é dispensado se for internado no hospital no prazo de 1 dia | O copagamento para serviços de emergência é dispensado se for internado no hospital no prazo de 24 horas |
| Serviços de ambulância | Faz um copagamento de \$300 por serviços de ambulância terrestre cobertos pela Medicare <i>Fora da rede¹: Faz um copagamento de \$300</i> | Faz um copagamento de \$290 por serviços de ambulância terrestre cobertos pela Medicare <i>Fora da rede¹: Faz um copagamento de \$290</i> |
| Fitness | <i>Fora da rede: Os membros podem ser reembolsados até \$50 para irem a um prestador fora da rede.</i> | <i>Fora da rede: Tem de utilizar Silver e Fit.</i> |
| Serviços auditivos | Os aparelhos auditivos não sujeitos a receita médica <u>não</u> estão cobertos pelo benefício do aparelho auditivo. Para informações completas, consulte a Prova de Cobertura | Os aparelhos auditivos de venda livre estão incluídos como parte do benefício auditivo de rotina até ao montante máximo permitido de benefício de aparelhos auditivos através da NationsHearing Para informações completas, consulte a Prova de Cobertura |

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|---|--|--|
| Benefícios Suplementares Especiais para Doenças Crónicas | <p>Os associados com condições crónicas que cumpram determinados critérios poderão ser elegíveis para benefícios suplementares para pessoas com doenças crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • A monitorização de roubo de identidade <u>não</u> está coberta <p>Para informações completas, consulte a Prova de Cobertura</p> | <p>Os associados com condições crónicas que cumpram determinados critérios poderão ser elegíveis para benefícios suplementares para pessoas com doenças crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os membros elegíveis com uma doença crónica são elegíveis para monitorização de roubo de identidade. Nem todos os membros se qualificam.² <p>Para informações completas, consulte a Prova de Cobertura</p> |
| Serviços sanguíneos em ambulatório | Não é necessária autorização prévia | É necessária autorização prévia |
| Itens de venda livre (OTC) | <p>Faz um copagamento de \$0 por itens cobertos até \$165 por trimestre (a cada três (3) meses)</p> <p><i>Fora da rede: Os membros podem ser reembolsados até ao subsídio trimestral.</i></p> | <p>Faz um copagamento de \$0 por itens cobertos pela CCA até \$220 por trimestre (a cada três (3) meses) no seu cartão Healthy Savings</p> <p><i>Fora da rede: Tem de utilizar o cartão Healthy Savings.</i></p> |

Aviso Anual de Alterações do CCA Medicare Preferred (PPO) para 2024 12

| Custo | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|--------------------------------|---|--|
| Reabilitação pulmonar | Faz um copagamento de \$20 por consulta <i>Fora da rede¹: Paga um cosseguro de 40%</i> | Faz um copagamento de \$15 por consulta <i>Fora da rede¹: Paga um cosseguro de 40%</i> |
| Serviços oftalmológicos | Exames oftalmológicos: Fora da rede Aplica-se um cosseguro de 50% a um exame oftalmológico de rotina por ano civil Óculos: Na rede \$290 de subsídio por ano para uma armação ou lentes de contacto, por ano do plano. Lentes básicas (simples, bifocais e trifocais) Fora da rede O cosseguro de associado de 50% aplica-se a lentes cobertas a cada ano civil. Cosseguro de associado de 0% para armações ou lentes de contacto (em vez de lentes) até ao limite máximo de \$290 por ano civil | Exames oftalmológicos: Fora da rede Aplica-se um cosseguro de 50% a um exame oftalmológico de rotina por ano civil até ao máximo do benefício de \$150 Óculos: Na rede \$350 de subsídio todos os anos para armações, lentes, lentes de contacto e atualizações Fora da rede O cosseguro de 50% aplica-se a lentes cobertas todos os anos até ao benefício máximo de \$150 Cosseguro de membro de 0% para armações ou lentes de contacto e exame de ajuste até \$350 por ano civil |

¹Os prestadores fora da rede/não contratados não têm qualquer obrigação de tratar os associados do Plano, exceto em situações de emergência. Contacte o nosso número de serviço de apoio ao cliente ou consulte a sua Prova de Cobertura para obter mais informações, incluindo a partilha de custos que se aplica a serviços fora da rede.

²Os benefícios de roubo de identidade e ténis mencionados fazem parte de um programa suplementar especial para pessoas com condições crónicas qualificadas. Nem todos os membros se qualificam. Podem aplicar-se determinadas restrições. Ligue para os Serviços de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711) para confirmar se se qualifica. Nem todos os membros se qualificam.

Secção 1.5 – Alterações à cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Alterações à nossa Lista de Medicamentos

A nossa lista de medicamentos cobertos chama-se Formulário ou “Lista de Medicamentos.” Uma cópia da nossa Lista de Medicamentos é fornecida eletronicamente.

Fizemos alterações à nossa “Lista de Medicamentos”, o que pode incluir remover ou adicionar medicamentos, alterar as restrições que se aplicam à nossa cobertura para determinados medicamentos ou mudá-los para um nível de partilha de custos diferente.

Reveja a “Lista de Medicamentos” para se certificar de que os seus medicamentos serão cobertos no próximo ano e para ver se haverá quaisquer restrições, ou se o seu medicamento foi movido para um nível diferente de partilha de custos.

A maioria das alterações na Lista de Medicamentos são novas para o início de cada ano. No entanto, durante o ano, podemos fazer outras alterações que são permitidas pelas regras da Medicare. Por exemplo, podemos remover imediatamente medicamentos considerados inseguros pela FDA ou retirados do mercado por um fabricante do produto. Atualizamos a nossa Lista de Medicamentos online para fornecer a lista de medicamentos mais atualizada.

Se for afetado por uma alteração na cobertura de medicamentos no início do ano ou durante o ano, reveja o Capítulo 9 da sua Prova de Cobertura e fale com o seu médico para descobrir as suas opções, tais como solicitar um fornecimento temporário, solicitar uma exceção e/ou trabalhar para encontrar um novo medicamento. Também pode contactar o Serviço de Atendimento a Associados para obter mais informações.

Alterações aos custos dos medicamentos sujeitos a receita médica

Nota: Se estiver num programa que ajuda a pagar os seus medicamentos (“Ajuda Extra”), **as informações sobre os custos para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D poderão não aplicar-se a si.** Enviamos-lhe um folheto em separado, chamado “Prova de Cobertura – Cláusula Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra para Pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica” (também chamado Cláusula Adicional de Subsídio de Baixo Rendimento ou LIS Rider), que contém informações sobre os seus custos de medicamentos. Se não recebeu “Ajuda Extra” e não recebeu este folheto até 30 de setembro de 2023, , contacte o Serviço de Atendimento a Associados e peça o LIS Rider.

Existem quatro **fases de pagamento de medicamentos**. As informações abaixo mostram as alterações às duas primeiras fases – a Fase de Franquia Anual e a Fase de Cobertura Inicial. (A maioria dos membros não alcança as outras duas fases – a Fase de diferença de cobertura ou a Fase de cobertura catastrófica.)

Alterações à Fase de Franquia

| Fase | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|---------------------------------------|--|--|
| Fase 1: fase de Franquia Anual | Como não temos franquia, esta fase de pagamento não se aplica a si | Como não temos franquia, esta fase de pagamento não se aplica a si |

Alterações à sua partilha de custos na fase de cobertura inicial

| Fase | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|--|--|--|
| <p>Fase 2: fase de cobertura inicial</p> <p>Durante esta fase, o plano paga a respetiva parte do custo dos seus medicamentos e o associado paga a sua parte do custo.</p> <p>A maioria das vacinas para adultos da Parte D é coberta sem qualquer custo para si.</p> | <p>O seu custo para um fornecimento de um mês aviado numa farmácia da rede com partilha de custos padrão:</p> <p>Genérico Preferido – Categoria 1: Paga \$0 por receita</p> <p>Genérico – Categoria 2: Paga \$0 por receita</p> <p>Marca Preferida – Categoria 3: Paga \$47 por receita</p> <p>Marca Não Preferida – Categoria 4: Paga \$100 por receita</p> <p>Especialidade – Categoria 5: Paga 29% por receita</p> <hr/> | <p>O seu custo para um fornecimento de um mês aviado numa farmácia da rede com partilha de custos padrão:</p> <p>Genérico Preferido – Categoria 1: Paga \$0 por receita</p> <p>Genérico – Categoria 2: Paga \$0 por receita</p> <p>Marca Preferida – Categoria 3: Paga \$47 por receita</p> <p>Paga \$35 por fornecimento mensal de cada insulina coberta neste nível</p> <p>Marca Não Preferida – Categoria 4: Paga \$100 por receita</p> <p>Especialidade – Categoria 5: Paga 33% por receita</p> <hr/> |

| Fase | 2023 (este ano) | 2024 (próximo ano) |
|---|--|---|
| <p>Fase 2: fase de cobertura inicial (continuação)</p> <p>Os custos nesta linha são para um fornecimento de um mês (31 dias) quando aviar a sua receita numa farmácia da rede que fornece partilha de custos padrão. Para obter informações sobre os custos de um fornecimento a longo prazo; ou para receitas por encomenda por correio, consulte o Capítulo 6, Secção 5 da sua <i>Prova de Cobertura</i>.</p> <p>Mudámos o nível de alguns dos medicamentos na nossa “Lista de Medicamentos.” Para ver se os seus medicamentos estarão num nível diferente, procure-os na “Lista de Medicamentos.”</p> | <p>Assim que os seus custos totais de medicamentos tiverem atingido \$4,660, passará para a fase seguinte (a Fase de Lacuna de Cobertura).</p> | <p>Assim que os seus custos totais de medicamentos tiverem atingido \$5,030, passará para a fase seguinte (a Fase de Lacuna de Cobertura)</p> |

Alterações nas fases de lacuna de cobertura e de cobertura catastrófica

As outras duas fases de cobertura de medicamentos – a fase de lacuna de cobertura e a fase de cobertura catastrófica – são para pessoas com custos elevados de medicamentos. **A maioria dos membros não alcança as outras duas fases – a Fase de diferença de cobertura ou a Fase de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, se atingir a Fase de Cobertura Catastrófica, não paga nada pelos medicamentos cobertos da Parte D.

Para obter informações específicas sobre os seus custos nestas fases, consulte o Capítulo 6, Secções 6 e 7, na sua *Prova de Cobertura*.

SECÇÃO 2 Decidir qual o plano a escolher

Secção 2.1 – Se quiser permanecer no CCA Medicare Preferred

Para permanecer no nosso plano, não precisa de fazer nada. Se não se inscrever num plano diferente ou mudar para o Original Medicare até 7 de dezembro, será automaticamente inscrito no nosso CCA Medicare Preferred.

Secção 2.2 – Se quiser mudar de planos

Esperamos mantê-lo como membro no próximo ano, mas se quiser mudar de planos para 2024 siga os passos seguintes:

Passo 1: saiba mais sobre e compare as suas escolhas

- Pode aderir a um plano de saúde Medicare diferente,
- – *OU*– Pode mudar para Original Medicare. Se mudar para o Original Medicare, terá de decidir se pretende aderir a um plano de medicamentos Medicare. Se não se inscrever num plano de medicamentos Medicare, consulte a Secção 2.1 relativamente a uma possível penalização por inscrição tardia na Parte D.

Para saber mais sobre o Original Medicare e os diferentes tipos de planos Medicare, utilize o Localizador de Planos Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), leia o manual *Medicare & You 2024*, ligue para o seu Programa Estadual de Assistência de Seguros de Saúde (consulte a Secção 4) ou ligue para a Medicare (consulte a Secção 6.2).

Como lembrete, a Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC. oferece outros planos de saúde Medicare. Estes outros planos podem diferir em termos de cobertura, prémios mensais e montantes de partilha de custos.

Passo 2: altere a sua cobertura

- Para **mudar para um plano de saúde Medicare diferente**, inscreva-se no novo plano. A sua inscrição no CCA Medicare Preferred será automaticamente cancelada.
- Para **mudar para o Original Medicare com um plano de medicamentos sujeitos a receita médica**, inscreva-se no novo plano de medicamentos. A sua inscrição no CCA Medicare Preferred será automaticamente cancelada.
- Para **mudar para o Original Medicare sem um plano de medicamentos sujeitos a receita médica**, tem de:
 - Enviar-nos um pedido por escrito para cancelar a sua subscrição.
 - Contactar o Serviço de Atendimento a Associados se precisar de mais informações sobre como fazê-lo.

- – *OU* – Contactar a **Medicare**, pelo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana, e solicitar o cancelamento. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

SECÇÃO 3 Prazo para Alteração de Planos

Se quiser mudar para um plano diferente ou para o Original Medicare para o próximo ano, pode fazê-lo de **15 de outubro a 7 de dezembro**. A alteração entrará em vigor a 1 de janeiro de 2024.

Existem outras alturas do ano para fazer uma mudança?

Em determinadas situações, as alterações também são permitidas noutras alturas do ano. Os exemplos incluem pessoas com Medicaid, aquelas que recebem “Ajuda Extra” para pagar os seus medicamentos, aquelas que têm ou estão a sair da cobertura da entidade empregadora e aquelas que se deslocam para fora da área de serviço.

Se se inscreveu num Plano Medicare Advantage para 1 de janeiro de 2024 e não gosta da sua escolha de plano, pode mudar para outro plano de saúde Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare) ou mudar para Original Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare) entre 1 de janeiro e 31 de março de 2024.

Se mudou recentemente para, vive atualmente ou acabou de se mudar de uma instituição (como uma instituição de enfermagem especializada ou hospital de cuidados continuados), pode alterar a sua cobertura Medicare **a qualquer momento**. Pode mudar para qualquer outro plano de saúde Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare) ou mudar para o Original Medicare (com ou sem um plano de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare em separado) a qualquer momento.

SECÇÃO 4 Programas que oferecem aconselhamento gratuito sobre a Medicare

O Programa de Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) é um programa governamental independente com conselheiros formados em todos os estados. No Massachusetts, o SHIP chama-se Serving the Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos] (SHINE).

É um programa estadual que recebe dinheiro do governo federal para disponibilizar aconselhamento **gratuito** sobre seguro de saúde local para pessoas com Medicare. Os conselheiros do SHINE podem ajudar com as suas perguntas ou problemas relacionados com o Medicare. Podem ajudar a compreender as suas opções do plano Medicare e responder a perguntas sobre mudança de planos. Pode ligar para o SHINE

através do número 1-800-243-4636 (TTY 1-800-439-2379). Pode saber mais sobre o SHINE visitando o seu website (www.shinema.org).

SECÇÃO 5 Programas que ajudam a pagar medicamentos sujeitos a receita médica

Poderá qualificar-se para a ajuda no pagamento de medicamentos sujeitos a receita médica. Abaixo enumeramos diferentes tipos de ajuda:

- **“Ajuda Extra” da Medicare.** As pessoas com rendimentos limitados podem qualificar-se para “Ajuda Extra” para pagar os custos com medicamentos sujeitos a receita médica. Caso se qualifique, a Medicare poderá pagar até 75% ou mais dos custos de medicamentos, incluindo prémios mensais de medicamentos sujeitos a receita médica, franquias anuais e cosseguro. Além disso, aqueles que se qualificarem não terão uma fase de ausência de cobertura ou uma penalização por inscrição tardia. Para saber se se qualifica, ligue para:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048, 24 horas por dia, 7 dias por semana;
 - Secretaria da Segurança Social através do número 1-800-772-1213, entre as 8h00 e as 19h00, de segunda a sexta-feira para um representante. As mensagens automáticas estão disponíveis 24 horas por dia. Os utilizadores TTY devem contactar o número 1-800-325-0778; ou
 - O Gabinete Estadual da Medicaid (candidaturas).
- **Ajuda do programa de assistência farmacêutica do seu estado.** O Massachusetts tem um programa chamado Prescription Advantage que ajuda as pessoas a pagar medicamentos sujeitos a receita médica com base na sua necessidade financeira, idade ou condição médica. Para saber mais sobre o programa, consulte o seu Programa Estadual de Assistência à Saúde em Seguros.
- **Assistência de partilha de custos de prescrição para pessoas com VIH/SIDA.** O Programa de Assistência a Medicamentos para a SIDA (ADAP) ajuda a garantir que os indivíduos elegíveis para o ADAP que vivem com VIH/SIDA têm acesso a medicamentos para o VIH que podem salvar vidas. Os indivíduos têm de satisfazer determinados critérios, incluindo comprovativo de residência no Estado e situação em termos de VIH, baixo rendimento conforme definido pelo Estado e situação de segurado/subsegurado. Os medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte D que também estão cobertos pelo ADAP, qualificam-se para ajuda de partilha de custos de medicamentos sujeitos a receita médica através do Programa de Ajuda para Medicamentos contra o VIH do Massachusetts. Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, ligue para 1-800-228-2714.

SECÇÃO 6 Perguntas?

Secção 6.1 – Obter ajuda do CCA Medicare Preferred

Dúvidas? Estamos aqui para ajudar. Ligue para o Serviço de Atendimento a Associados através do 866-610-2273. (Apenas TTY, ligue para o 711.) Estamos disponíveis para chamadas telefónicas das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. As chamadas para estes números são gratuitas.

Leia a sua *Prova de Cobertura de 2024* (tem detalhes sobre os benefícios e custos do próximo ano)

Este *Aviso Anual de Alterações* faculta-lhe um resumo das alterações nos seus benefícios e custos para 2024. Para mais informações, consulte a *Prova de Cobertura de 2024* para CCA Medicare Preferred. A *Prova de Cobertura* é a descrição legal e detalhada dos benefícios do seu plano. Explica os seus direitos e as regras que precisa de seguir para obter serviços cobertos e medicamentos sujeitos a receita médica. Uma cópia da *Prova de Cobertura* está localizada no nosso website em www.ccama.org/medicare. Também pode rever a *Prova de Cobertura* enviada separadamente para ver se outras alterações de benefícios ou custos o afetam. Também pode ligar para o Serviço de Atendimento a Associados para nos pedir que lhe enviemos uma *Prova de Cobertura*.

Visite o nosso website

Também pode visitar o nosso website em www.ccama.org. Como lembrete, o nosso website tem as informações mais atualizadas sobre a nossa rede de prestadores (*Diretório de Prestadores*) e a nossa *Lista de Medicamentos Cobertos* (*Formulário/"Lista de Medicamentos"*).

Secção 6.2 – Obter ajuda da Medicare

Para obter informações diretamente da Medicare:

Ligue 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

Visite o website da Medicare

Aceda ao website da Medicare em (www.medicare.gov). Tem informações sobre custos, cobertura e classificações de qualidade em estrelas para o ajudar a comparar planos de saúde Medicare na sua área. Para ver as informações sobre planos, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Leia *Medicare & You 2024*

Leia o manual *Medicare & You 2024*. Todos os outonos, este documento é enviado por correio às pessoas com Medicare. Contém um resumo dos benefícios, direitos e proteções da Medicare e respostas às perguntas mais frequentes sobre a Medicare. Se não tiver uma cópia deste documento, pode obtê-lo no website da Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) ou ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

Aviso de não discriminação

A Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumpre as leis federais aplicáveis relativas a direitos civis e não discrimina com base em, nem exclui pessoas nem as trata de forma diferente por causa de condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajuda e serviços gratuitos para que pessoas com deficiência comuniquem de forma eficaz conosco, como:
 - Intérpretes qualificados de linguagem gestual
 - Informações escritas em outros formatos (impressão grande, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma principal não é o inglês, tais como:
 - Intérpretes qualificados
 - Informações escritas noutras línguas

Se precisar destes serviços, contacte o Coordenador de Direitos Civis (Civil Rights Coordinator).

Se acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. não prestou estes serviços ou discriminou de outra forma com base na condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, pode apresentar uma reclamação junto de:

Commonwealth Care Alliance
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Telefone: 617-960-0474, extensão. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
E-mail: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Você pode registar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma reclamação, o Civil Rights Coordinator estará disponível para o ajudar.

Também pode apresentar uma queixa de direitos civis no U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, pelo portal eletrónico, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponível em: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por e-mail ou telefone em:

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

Estão disponíveis formulários de reclamação em: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Serviços de intérprete em vários 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 بتحدث 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 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:

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

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

O CCA Medicare Preferred (PPO) é um plano de saúde com um contrato Medicare. A adesão depende da renovação do contrato.

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como letras grandes, formatos que funcionam com tecnologia de leitor de ecrã, braille ou áudio. Ligue para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita.