



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**



## **Notificación anual de cambios para 2024**

Lo que encontrará en este folleto (en este orden):

- Notificación de documentos en línea para 2024
- Notificación anual de cambios para 2024
- Derechos y responsabilidades del miembro

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE



## **Notificación de documentos en línea para 2024 CCA Medicare Value (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 Value. 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 Health Medicare Value. 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 contiene una lista de todos los proveedores y farmacias contratados disponibles para usted como miembro de CCA Medicare Value. 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 Value. 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 Value, 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 Value (PPO) es ofrecido por Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC

### Notificación anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de CCA Medicare Value (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](http://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.

**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](http://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 Value.
- 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 Value.
- 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-andFamilies) para obtener más información.

**Acerca de CCA Medicare Value**

- CCA Medicare Value (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 Value.

---

H9414\_24\_ANOC\_Value\_M



## Notificación anual de cambios para 2024 Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo .....	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .	14
<b>SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Value .....	18
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan .....	18
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de <i>CCA Medicare Value</i> .....	21
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....	21

## Resumen de costos importantes para 2024

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$20	\$20
<b>Montos máximos de desembolso directo</b> 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: \$5,000  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950	De proveedores de la red: \$5,000  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: usted paga \$0 de copago por visita  <i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$0 de copago por visita</i>  Visitas a especialistas: Usted paga \$40 de copago por visita  <i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago por visita</i>	Visitas de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por visita  <i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$0 de copago por visita</i>  Visitas a especialistas: Usted paga \$35 de copago por visita  <i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago por visita</i>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso:                      Días 1 a 5: \$275                      Día 6 en adelante: \$0</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 30 % del costo total por visita</i></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso:                      Días 1 a 7: \$275                      Día 8 en adelante: \$0</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 30 % del costo total por visita</i></p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>                      (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$200, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: \$0</li> <li>• Nivel de medicamento 2: \$0</li> <li>• Nivel de medicamento 3: \$47                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> </li> <li>• Nivel de medicamento 4: \$100                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina</li> </ul> </li> </ul>	<p>Deducible: \$200, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 1: \$0</li> <li>• Nivel de medicamento 2: \$0</li> <li>• Nivel de medicamento 3: \$47                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> </li> <li>• Nivel de medicamento 4: \$100</li> <li>• Nivel de medicamento 5: 30 %</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de medicamento 5: 25 %                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul> </li> </ul> <p>Cobertura en casos de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada receta, usted paga lo que sea mayor de lo siguiente: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) 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).</li> </ul>	<p>Cobertura en casos de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada</li> </ul>

## 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)
<b>Prima mensual</b> (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$20	\$20
		<b>Sin cambios</b>

- 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)
<b>Monto máximo de desembolso directo dentro de la red</b> 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.	\$5,000	\$5,000 Una vez que haya pagado \$5,000 de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.
		<b>Sin cambios</b>

<b>Monto máximo de desembolso directo combinado</b>	\$8,950	\$8,950
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.		Una vez que haya pagado \$8,950 de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por dichos servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.
		<b>Sin cambios</b>

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](http://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)
<b>Servicios dentales</b>	<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"> <li>• Servicios que no son de rutina</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Servicios de endodoncia</li> <li>• Servicios de periodoncia</li> <li>• Servicios de extracciones</li> <li>• Servicios de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios</li> </ul>	<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"> <li>• Servicios que no son de rutina</li> <li>• Servicios de endodoncia</li> <li>• Servicios de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios</li> </ul>
<b>Acondicionamiento físico</b>	<p><i>Fuera de la red: Los miembros pueden obtener un reembolso de hasta \$50 para visitar a un proveedor fuera de la red.</i></p>	<p><i>Fuera de la red: Debe usar el programa Silver and Fit.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Servicios para la audición</b></p>	<p>Los audífonos de venta libre (OTC) no están cubiertos por el beneficio de audífonos.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Los audífonos de venta libre (OTC) están cubiertos como parte del beneficio de audición de rutina hasta el beneficio máximo anual a través de NationsHearing</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
<p><b>Salud conductual hospitalaria para pacientes hospitalizados</b></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso:                      Días 1 a 5: \$275                      Día 6 en adelante: \$0</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 30 % del costo total por visita</i></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso:                      Días 1 a 7: \$275                      Día 8 en adelante: \$0</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 30 % del costo total por visita</i></p>
<p><b>Otros servicios profesionales de atención médica</b></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$40 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago por visita</i></p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$30 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago por visita</i></p>
<p><b>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>Se requiere autorización previa</p>
<p><b>Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por visita para servicios de radiografías.</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$20 de copago</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita para servicios de radiografías</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$20 de copago</i></p>



Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital ambulatorio</p> <p>Copago de \$370 por cirugía u otros servicios de cirugía u otros cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 40 % del costo total.</i></p>	<p>Copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital ambulatorio</p> <p>Copago de \$300 por cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 40 % del costo total.</i></p>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por artículos cubiertos hasta \$285 por trimestre (cada tres (3) meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los miembros que reúnan los requisitos pueden usar la asignación trimestral para artículos de venta libre de \$285 para la compra de alimentos saludables similares al beneficio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). No todos los miembros reúnen los requisitos.<sup>2</sup></li> </ul> <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 hasta \$335 por trimestre (cada tres (3) meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los miembros que reúnan los requisitos pueden usar la asignación trimestral para artículos de venta libre de \$335 para la compra de alimentos aprobados por CCA. No todos los miembros reúnen los requisitos.<sup>2</sup></li> </ul> <p><i>Fuera de la red: Debe usar la Healthy Savings card.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Fisioterapia (PT) y terapia del habla (ST)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita domiciliaria. Usted paga \$40 de copago por visita en un consultorio o centro.</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita domiciliaria. Usted paga \$35 de copago por visita en un consultorio o centro</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago</i></p>
<p><b>Podiatría</b></p>	<p>Usted paga \$40 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago</i></p>	<p>Usted paga \$35 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga \$65 de copago</i></p>
<p><b>Rehabilitación pulmonar</b></p>	<p>Usted paga \$20 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 40 % del costo total.</i></p>	<p>Usted paga \$15 de copago por visita</p> <p><i>Fuera de la red<sup>1</sup>: Usted paga el 40 % del costo total.</i></p>
<p><b>Servicios de traslado</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes médicos de ida o de vuelta por año del plan para ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes médicos de ida o vuelta por año del plan para centros relacionados con la salud aprobados por el plan con un máximo de 50 millas. <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Servicios oftalmológicos</b></p>	<p>Exámenes oculares: Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a un examen ocular de rutina por año calendario. Anteojos: Dentro de la red Asignación de \$300 por año para un marco 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 autorizada para marcos de \$300 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 Anteojos: Dentro de la red Asignación de \$350 por año para marcos, lentes, lentes de contacto y mejoras. 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>

<sup>1</sup>Los 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 Cliente 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 1.5: 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).

**Cambios en la Etapa de deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de nivel 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas requeridas para viajar.</p>	<p>El deducible es de \$200.</p>	<p>El deducible es de \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del Nivel 1: genéricos preferidos y del Nivel 2: genéricos y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: de marca preferidos, del Nivel 4: de marca no preferidos y del Nivel 5: de especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></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><b>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 2, medicamentos genéricos:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$47 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos:</b> Usted paga \$100 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 5, medicamentos de especialidad:</b> Usted paga 25 % 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><b>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 2, medicamentos genéricos:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$47 por medicamento recetado</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos:</b> Usted paga \$100 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 5, medicamentos de especialidad:</b> Usted paga 30 % por medicamento recetado</p> <hr/>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></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 Value

**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 Value.

### 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](http://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.

#### 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 Value.
- 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 Value.
- 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 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](http://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 Value

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al [866-610-2273](tel: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* para CCA Medicare Value. 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](http://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](http://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](http://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](http://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](mailto: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](http://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](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને 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។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តារមាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE





# **Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA Medicare Preferred (PPO) CCA Medicare Value (PPO)**

---

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).</b>
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva u orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos brindarle sin costo información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted, llame a Servicio al Miembro.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si no hay proveedores de la red del plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicios al Miembro para presentar una queja al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos asegurarnos de que recibe un trato respetuoso y se reconocen su dignidad y su derecho a la privacidad</b>
--------------------	--

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas en función de su afección médica, estado de salud, si recibe 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.

Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte la Sección 1.4.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga referencias para visitar a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan **dentro de un período razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. Tiene derecho a surtir sus recetas o resurtirlas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin grandes demoras.

Todas las visitas de atención de urgencia y sintomáticas al consultorio o a domicilio están disponibles para usted dentro de las 48 horas. Todas las visitas no sintomáticas al consultorio están disponibles para usted dentro de los 14 días calendario.

En el Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura, se le informa lo que puede hacer si considera que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable.

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información médica personal</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan y también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito denominado **Aviso de práctica de privacidad**, que le informa estos derechos y le explica cómo proteger la privacidad de su información médica.

## ¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no esté proporcionando o pagando su atención, **estamos obligados a primero obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.**
- Existen ciertas excepciones que no nos exigen pedir primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica.
  - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a dar a Medicare su información médica incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y normativas federales. En general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica como un ser único.

## **Puede ver la información en sus registros y saber cómo se comparte con otras personas.**

Tiene derecho a mirar sus registros médicos que están en poder del plan, y a obtener una copia de sus registros. Tiene también derecho a solicitarnos realizar agregados o corregir sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para otros fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas e inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios al Miembro.

## **Aviso de prácticas de privacidad**

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

Fecha de entrada en vigor: 4 de agosto de 2023

Commonwealth Care Alliance, Inc. está obligada por ley a (i) proteger la privacidad de su **información médica (que incluye información de salud conductual)**; (ii) proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica y (iii) notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una violación.

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a este Aviso y a hacer efectivos los cambios para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de nuestros proveedores de atención médica y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado a pedido. También enviaremos a los miembros de nuestro plan de salud información sobre el Aviso actualizado y sobre cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo envío anual a los miembros. Debemos cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar una queja, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Attention: Privacy and Security Officer  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

## Sección 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) como “entidades cubiertas”. Algunas de estas subsidiarias son “**nuestros planes de salud**”, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare Advantage, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una compañía de seguro médico o una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO). Otras subsidiarias son nuestros proveedores de atención médica (“**nuestros proveedores**”) que brindan tratamiento a los pacientes, como las clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe la manera en que todas estas entidades usan y divulgan su información médica, y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, nuestros planes de salud usan y divulgan su información médica de la misma manera que nuestros proveedores, y sus derechos a su información médica son los mismos. No obstante, podrían existir diferencias, y en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos la información médica sobre el **miembro de un plan de salud**, en comparación con el trato que damos a la información médica sobre el **paciente de un proveedor**.

Los planes de salud y proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen:

### **Nuestros planes de salud**

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

### **Nuestros proveedores de atención médica**

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston’s Community Medical Group, Inc., que opera bajo el nombre de CCA Primary Care

- CCA PO, Inc
- instED™
- Marie's Place

## **Sección 2. Información que recopilamos:**

Las personas son responsables de proporcionar información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias para que puedan brindarles servicios de calidad. Commonwealth Care Alliance (CCA) se compromete a proteger la confidencialidad de la información médica de las personas que se recopila o crea como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, podemos recopilar información médica y otra información de usted, como se describe en más detalle a continuación.

La información médica puede incluir información personal, pero todo se considera Información médica cuando la proporciona usted a través de los servicios o en relación con estos:

- Recopilamos información, como direcciones de correo electrónico o información personal, financiera o demográfica de usted cuando nos proporciona voluntariamente dicha información, como cuando se comunica con nosotros con consultas, llena formularios en línea, responde a una de nuestras encuestas, responde a material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios o utiliza ciertos servicios (entre otros casos).
- Siempre que CCA recopile información médica, pondremos a disposición el acceso a este aviso. Al proporcionarnos información médica, usted otorga su consentimiento para que la usemos de acuerdo con este aviso. Si proporciona información a CCA, usted reconoce y acepta que dicha información puede transferirse desde su ubicación actual a las instalaciones y servidores de CCA y a terceros autorizados con los que CCA mantiene relaciones comerciales.

### **Sección 3: Cómo usamos y divulgamos su información médica**

En esta sección de nuestro Aviso se explica cómo podemos usar y divulgar su información médica para brindar atención médica, pagar atención médica, obtener el pago por atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. En esta sección también se describen otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que nuestros planes de salud y nuestros proveedores de atención médica trabajen junto con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. El personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su información médica y comparten su información entre sí, según sea necesario, para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica según lo permitan las leyes.

**Tratamiento:** Nuestros proveedores pueden usar la información médica de un paciente, y nosotros podemos divulgar información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y la coordinación y la gestión de su atención médica con otras personas.

Ejemplo: Después de ser dado de alta del hospital, nuestro enfermero profesional puede divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después del alta hospitalaria.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para pagar los servicios de atención médica que haya recibido y para obtener el pago de otros por esos servicios.

Ejemplo: Su proveedor de atención médica puede enviar a nuestro plan de salud un reclamo por los servicios de atención médica que se le proporcionaron a usted. El plan de salud puede usar esa información para pagar el reclamo de su proveedor de atención médica y puede divulgar la información médica a Medicare o Medicaid cuando el plan de salud solicita el pago de los servicios.



**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permitan brindar los beneficios a los que usted tiene derecho en virtud de nuestro plan de salud y el tratamiento proporcionado por nuestros proveedores. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para lo siguiente:

- Revisar y evaluar las habilidades, la aptitud y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.
- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura, aunque la ley nos prohíbe usar su información genética para fines de suscripción.

**Actividades conjuntas:** Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar juntos para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionadas con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

**Personas que participan en su atención:** Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica a esta persona. También podemos divulgar su información médica a esta persona si usted no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una emergencia, es posible que usemos o divulguemos su información médica a un familiar, a otra persona involucrada en su atención o a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

**Exigencias de la ley:** Usaremos y divulgaremos su información médica siempre que la ley nos exija hacerlo. Por ejemplo:

- Divulgaremos información médica en respuesta a una orden judicial o a una citación.
- Usaremos o divulgaremos su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a medicamentos.
- Divulgaremos información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales (como Medicare o Medicaid).
- Divulgaremos la información médica de un individuo a una persona que califique como su representante personal. Un “representante personal” tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre o el tutor de un niño, una persona con un poder notarial para la atención médica o el tutor de una persona discapacitada designado por un tribunal.

**Amenaza para la salud o la seguridad:** Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

**Actividades de salud pública:** Podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar abuso y abandono infantiles o domésticos, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información médica a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para fines específicos y limitados de cumplimiento de la ley, como la divulgación de información médica sobre la víctima de un delito o en respuesta a una citación de un gran jurado. También podemos divulgar información médica sobre un recluso a una institución correccional.

**Peritos forenses y otros:** Podemos divulgar información médica a un perito forense, un médico forense o al director de una funeraria, o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

**Indemnización laboral:** Podemos divulgar información médica a fin de cumplir con las leyes de indemnización laboral y según estas lo autoricen.

**Organizaciones de investigación:** Podemos usar o divulgar su información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.

**Ciertas funciones gubernamentales:** Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, actividades militares y de veteranos, y actividades de seguridad nacional e inteligencia.

**Socios comerciales:** Contratamos a proveedores para que cumplan funciones en nuestro nombre. Permitimos que estos “**socios comerciales**” recopilen, usen o divulguen información médica en nuestro nombre para cumplir con estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y estos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que ofrecemos nosotros.

**Comunicaciones para recaudación de fondos:** Podemos usar o divulgar información médica para recaudar fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nuestra parte (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en futuras actividades de recaudación de fondos.

#### **SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa**

Excepto como se describió anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”).

Podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o usted puede comunicarse con nosotros para divulgar su información médica a otra persona, en cuyo caso le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) posteriormente. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenos esto utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica en función de la autorización, excepto en la medida en que

hayamos actuado de conformidad con la autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su información médica para los cuales necesitaríamos su autorización por escrito:

- **Uso o divulgación con fines comerciales:** Solo podemos usar o divulgar su información médica con fines comerciales si contamos con su autorización por escrito. Sin embargo, podemos enviarle información sobre ciertos productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague por enviar la información.
- **Venta de su información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no venderá su información médica. Si lo hiciéramos, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia:** Excepto para ciertas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o según lo exija la ley, solo podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

## **Sección 5: Usted tiene derechos relacionados con su información médica**

Tiene ciertos derechos relacionados con su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

**Derecho a obtener una copia de este Aviso:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso en formato electrónico.

**Derecho a inspeccionar o realizar copias:** Tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o un resumen de su información médica que mantiene Commonwealth Care Alliance en un “conjunto de registros designado”.

Si conservamos esta información en formato electrónico, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede indicar a nuestros proveedores de atención médica que envíen una copia electrónica de la información que mantenemos sobre usted en un registro médico electrónico a un tercero. Debe proporcionarnos una solicitud de este acceso por escrito. Podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos para cubrir los costos de una copia de su información médica. De acuerdo con la Norma de privacidad según la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos rechazar esta solicitud. Le proporcionaremos una denegación por escrito a más tardar 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le notificamos una extensión).

**Derecho a solicitar que se enmiende la información médica:** Si considera que la información médica que tenemos es inexacta o no está completa, tiene derecho a solicitar que enmendemos, corrijamos o agreguemos datos a su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir una explicación de por qué es necesario cambiar nuestra información. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, proporcionaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

**Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica (“**informe de divulgaciones**”). La lista no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, divulgaciones realizadas hace más de seis años

o determinadas otras divulgaciones. Le proporcionaremos un informe gratuito cada año, pero es posible que le cobremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses. Debe realizar las solicitudes de informes de divulgaciones por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a las personas involucradas en su atención. Excepto como se describe a continuación, no estamos obligados a aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, respetaremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para tratamiento de emergencia.

Nuestros proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si (i) las divulgaciones son para el pago o las operaciones de atención médica (y no son requeridas por ley) y (ii) la información se refiere únicamente a los artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean nuestros planes de salud) han pagado en su totalidad.

**Derecho a solicitar un método de comunicación alternativo:** Tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o por un método distinto. Por ejemplo, es posible que prefiera que toda la información por escrito se envíe por correo a su dirección laboral en lugar de a su dirección particular o por correo electrónico. Nuestros proveedores de atención médica aceptarán cualquier solicitud razonable en relación con métodos alternativos de comunicación.

## **Sección 6. Puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Commonwealth Care Alliance, Inc. no tomará ninguna medida en su contra ni cambiará la forma en que lo trata de ninguna manera si usted presenta una queja.**

Para presentar una queja por escrito o solicitar más información a Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

### **Sección 7: Requisitos específicos del estado**

**Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts:** Nuestros proveedores deben informar las vacunas que usted recibe al Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS). El MIIS es un sistema estatal que lleva un registro de las vacunas y es administrado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH). Si no desea que sus registros de MIIS se compartan con otros proveedores de atención médica, debe enviar un formulario de objeción a la divulgación de datos a la siguiente dirección:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)  
Immunization Program  
Massachusetts Department of Public Health  
305 South Street  
Jamaica Plain, MA 02130

---

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios a los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.
  - **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre calificaciones de proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de cobertura, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
  - **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.
  - **Información sobre nuestros Programas de Control de Calidad.** Puede obtener información sobre los Programas de Control de Calidad que CCA ha creado como parte de nuestro compromiso con el control continuo de la calidad.
  - **Información sobre sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.** Usted tiene algunas responsabilidades que debe cumplir como miembro de CCA.



**Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a participar con médicos y proveedores en la toma de decisiones sobre su atención**

**Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.**

Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de un modo que pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus proveedores de atención médica sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias que se recomiendan para su enfermedad, sin importar el costo, o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que conlleve su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre puede rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar todo tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor de atención médica le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar el medicamento. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor ha denegado la atención médica que cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, debe pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de la

Evidencia de cobertura, se le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

- **Estar libre de cualquier tipo de restricción.** Tiene derecho a estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como modos de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

**Tiene el derecho de impartir instrucciones sobre qué se hará si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí solas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esa situación.

Esto significa que, *si quiere*, puede hacer lo siguiente:

Completar un formulario de poder notarial para atención médica en el que le otorga a **alguien (denominado su “representante de atención médica”)** la **autoridad legal para tomar decisiones de atención por usted** si su proveedor de atención médica determina que usted es incapaz de tomar o comunicar decisiones de atención médica por sí mismo.

**Dar a sus médicos instrucciones** por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar indicaciones previas en estas situaciones se llama “**directiva anticipada**”. Los manuales llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere utilizar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede comunicarse con Servicios al Miembro y solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario del sitio web de Honoring Choices Massachusetts ([www.honoringchoicesmass.com](http://www.honoringchoicesmass.com)).
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal.

- **Entregue copias a las personas que corresponda.** Una copia de su poder notarial para atención médica es tan válida como el original. Debe proporcionarles una copia del formulario a su proveedor de atención médica y a sus agentes de atención médica. Le recomendamos proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que va a estar hospitalizado y ha firmado un poder notarial para atención médica, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

**Recuerde que es su elección si quiere completar una voluntad anticipada** (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

### **¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado un poder notarial para atención médica y no se cumplieron sus deseos, puede presentar un reclamo ante la Unidad de Reclamos del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, División de Calidad de la Atención Médica llamando al 1-800-462-5540. Para presentar una queja contra un proveedor de atención médica en particular, llame a la Junta de Registro de Médicos al 781-876-8200.

<b>Sección 1.7</b>	<b>Tiene el derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que esta brinda.</b>
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura se le informa qué puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo) **estamos obligados a tratarlo de forma imparcial.**

Las decisiones de cobertura se basan en la necesidad médica y los beneficios disponibles para usted como miembro de CCA. CCA no recompensa ni incentiva a los proveedores, empleados de CCA ni a otras personas por denegar la

cobertura. Puede presentar una apelación interna directamente ante nuestro plan. En el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura, se le informa lo que debe hacer para presentar una apelación directamente ante el plan. También puede presentar una apelación interna a través de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, que remitirá la apelación a nuestro plan. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con la Administración del Seguro Social y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.

<b>Sección 1.8</b>	<b>Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros</b>
--------------------	---

Si tiene alguna recomendación sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, puede compartir su sugerencia llamando a Servicios al Miembro.

<b>Sección 1.9</b>	<b>Qué debe hacer si cree que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se respetan</b>
--------------------	---

**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.**

Si considera que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad de origen, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

**¿Es por otro motivo?**

Si cree que ha recibido un trato injusto o sus derechos no se han respetado, **y no** se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.

- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

### **Sección 1.10      ¿Qué puede hacer si desea obtener más información sobre las iniciativas de mejora de la calidad de CCA?**

La mejora significativa y sostenida de la salud y el bienestar de los miembros es el objetivo principal del programa de control de calidad de CCA. Estas son algunas de las formas en las que CCA logra hacer esto:

- Mejora continua de la calidad del cuidado y los servicios clínicos que reciben los miembros de CCA.
- Optimización de la satisfacción de los miembros con el cuidado que reciben de proveedores de la red y CCA.
- Mejora de la salud de las comunidades a las que brinda servicios CCA.
- Consulte la sección “Sus derechos como miembro” de nuestro sitio web, [ccama.org](http://ccama.org), para obtener más información sobre los programas de mejora de la calidad de CCA.

### **Sección 1.11      Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>)
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

---

## **SECCIÓN 2      Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan**

---

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibirlos.** Utilice la Evidencia de cobertura para conocer qué tiene cobertura y cuáles son las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de cobertura, se proporcionan detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 de su Evidencia de cobertura le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Decirles a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro del plan cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo, al darles información, hacer preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento acordados mutuamente entre usted y sus proveedores de atención médica.
  - Asegúrese de que sus proveedores de atención médica estén al tanto de los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.

- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Esperamos que actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, del hospital y de otros consultorios.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
  - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si se le exige que pague el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto extra directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio,** tenemos que saberlo para mantener actualizado su registro de membresía (registro centralizado de miembro) y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Si se muda, también es importante que avise al seguro social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

---

Los planes CCA Medicare Preferred (PPO) y CCA Medicare Value (PPO) son planes de salud con contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, 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.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE



