



commonwealth
care alliance
MASSACHUSETTS

H9414_24_SB_REV2_PT

Commonwealth Care Alliance® Massachusetts

CCA Medicare Preferred (PPO) H9414-001

CCA Medicare Value (PPO) H9414-002

Este é um resumo dos serviços de medicamentos e de saúde cobertos pela CCA Massachusetts de 1.º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

30 Winter Street
Boston, MA 02108, EUA

INTRODUÇÃO AO RESUMO DOS BENEFÍCIOS

QUEM PODE PARTICIPAR?

Você deve ter direito à Parte A do Medicare, estar inscrito na Parte B do Medicare e morar em nossa área de serviço. Nossa área de serviço inclui estes municípios em Massachusetts: Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk e Worcester.

QUAIS MÉDICOS, HOSPITAIS E FARMÁCIAS POSSO USAR?

Este plano tem uma rede de médicos, hospitais, farmácias e outros provedores. Usar provedores dentro da rede pode custar menos do que usar serviços fora da rede, exceto em situações de emergência. Para cobertura e custos do Original Medicare, consulte seu manual atual “Medicare & You”. Consulte-o on-line em www.medicare.gov ou obtenha uma cópia ligando para 1-800-MEDICARE 7 dias por semana, 24 horas por dia. Os usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações, ligue para 866-610-2273. Os usuários de TTY devem ligar para 711. O horário é das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1.º de outubro a 31 de março, e das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira, de 1.º de abril a 30 de setembro. Você também pode nos visitar em www.ccama.org.

- CCA Medicare Preferred (PPO) e CCA Medicare Value (PPO) são planos Medicare Advantage PPO com um contrato Medicare. A inscrição no plano depende da renovação do contrato.
- As informações de benefícios fornecidas não listam todos os serviços que cobrimos, nem listam todas as limitações ou exclusões.
- Para obter uma lista completa dos serviços que cobrimos, ligue para 866-610-2273 (TTY 711) e solicite a “Evidência de cobertura” ou acesse-a em ccama.org.
- Quando este documento diz “nós”, “nos” ou “nosso”, significa Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC. Quando diz “plano” ou “nosso plano”, significa CCA Medicare Preferred e CCA Medicare Value.
- Essas informações não são uma descrição completa dos benefícios. Entre em contato com o Atendimento ao associado para obter mais informações.
- Os benefícios podem mudar em 1.º de janeiro de 2025. A lista de medicamentos cobertos (formulário), rede de farmácias e/ou rede de profissionais de saúde pode mudar a qualquer momento. Você receberá um aviso, quando necessário.
- Profissionais de saúde fora da rede/não contratados não têm obrigação de tratar os associados do plano, exceto em situações de emergência. Ligue para o nosso número de atendimento ao associado ou consulte a sua Evidência de cobertura para obter mais informações, incluindo o compartilhamento de custos que se aplica aos serviços fora da rede.

Você pode obter esse documento gratuitamente em outros formatos, como letra grande, braile ou áudio. Ligue para 866-610-2273 (TTY 711).

Prêmios e franquias

	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Prêmio mensal do plano (inclui médicos e medicamentos)	\$0 Você deve continuar pagando seu prêmio do Medicare Parte B.	\$20 Você deve continuar pagando seu prêmio do Medicare Parte B.
Franquia médica	\$0	\$0
Responsabilidade de desembolso máximo (não inclui medicamentos receitados da Parte D)	Na rede: \$5,950 anualmente \$9,550 combinados anualmente para serviços cobertos pelo Medicare que você recebe de provedores dentro e fora da rede	Na rede: \$5,000 anualmente \$8,950 combinados anualmente para serviços cobertos pelo Medicare que você recebe de provedores dentro e fora da rede
	Se atingir o limite de custos de desembolso, você continuará recebendo serviços hospitalares e médicos cobertos, e pagaremos o custo total pelo resto do ano. Observe que você ainda precisará pagar sua parte do custo dos medicamentos com prescrição da Parte D.	

Lista de serviços cobertos

A tabela a seguir é uma visão geral rápida dos serviços na rede que você pode precisar, seus custos e regras sobre os benefícios.

Benefícios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Internado no hospital	Aguda	Na rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 5: coparticipação de \$370 Dias 6 — depois: coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 30% do custo total	Na rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 7: coparticipação de \$275 Dias 8 — depois: coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 30% do custo total
	Psiquiátrica	Na rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 5: coparticipação de \$370 Dias 6 a 90: coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 30% do custo total	Na rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 7: coparticipação de \$275 Dias 8 a 90: coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 30% do custo total
Hospital ambulatorial	Hospital, incluindo cirurgia	Na rede: Coparticipação de \$370 por consulta Colonoscopia diagnóstica: \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$300 por consulta Colonoscopia diagnóstica: \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total
	Serviços de observação	Na rede: Coparticipação de \$370 por dia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$370 por dia Fora da rede: Você paga 40% do custo total

Benefícios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Centro cirúrgico ambulatorial (Ambulatory Surgical Center, ASC)		Na rede: Coparticipação de \$270 por consulta Colonoscopia diagnóstica: \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$270 por consulta Colonoscopia diagnóstica: \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total
Consultas médicas	Clínico geral (Primary Care Provider, PCP)	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta
	Especialistas	Na rede: Coparticipação de \$40 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$65 por consulta	Na rede: Coparticipação de \$35 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$65 por consulta
Tratamento preventivo (p. ex., vacina contra gripe, exames para diabetes)		Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta Outros serviços preventivos disponíveis	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta Outros serviços preventivos disponíveis
Atendimento de emergência		Coparticipação de \$90 por consulta Isenção, se internado no hospital em até 24 horas	Coparticipação de \$90 por consulta Isenção, se internado no hospital em até 1 dia
Serviços de urgência necessários		Dentro e fora da rede: Coparticipação de \$30 por consulta	Dentro e fora da rede: Coparticipação de \$30 por consulta

Benefícios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Serviços de diagnóstico/ Laboratórios/ Imagem	Serviços de radiologia diagnóstica (p. ex., RM)	Na rede: Coparticipação de \$130 por consulta Mamografia diagnóstica: \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$130 por consulta Mamografia diagnóstica: \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total
	Serviços laboratoriais	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta
	Testes e procedimentos diagnósticos	Na rede: Coparticipação de \$30 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$30 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total
	Radiologia terapêutica	Na rede: Coparticipação de \$60 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$60 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total
	Radiografias ambulatoriais	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$20 por consulta	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$20 por consulta

Benefícios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Serviços auditivos	Exame auditivo (Coberto pelo Medicare)	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: \$65 por visita	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: \$65 por visita
	Exame auditivo de rotina (Não Medicare)	Na rede: Copagamento de \$0 por consulta Um (1) exame por ano Fora da rede: Não coberto	Na rede: Copagamento de \$0 por consulta Um (1) exame por ano Fora da rede: Não coberto
	Aparelho auditivo	Na rede: Coparticipação de \$200 a \$1,150, dependendo do aparelho selecionado Dois (2) aparelhos por ano Fora da rede: 50% do custo total Coberto até \$300 por ouvido, Um (1) aparelho por ouvido, por ano	Na rede: Copagamento de \$0 até o benefício anual combinado máximo de \$2,000 Um (1) aparelho por ouvido, por ano <i>Fora da rede:</i> 50% do custo total coberto até \$2,000 de benefício anual combinado máximo para a compra de aparelhos auditivos Um (1) aparelho por ouvido, por ano
Serviços odontológicos (Esta seção continua na próxima página)	Serviços preventivos (Não Medicare)	Na rede e fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta até o máximo anual combinado	Na rede e fora da rede: Coparticipação de \$0 por consulta até o máximo anual combinado
	Serviços abrangentes (Medicare)	Na rede: 20% de cosseguro É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga 40% do custo total

Benefícios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Serviços odontológicos (continuação)	Serviços abrangentes (Não Medicare)	Na rede: Coparticipação de \$0 até o máximo anual combinado Necessária autorização prévia para certos serviços Fora da rede: Coparticipação de \$0 até o máximo anual combinado Consulte sua Evidência de cobertura para obter uma lista completa de limitações e compartilhamentos de custos de benefícios.	Na rede: Coparticipação de \$0 até o máximo anual combinado Necessária autorização prévia para certos serviços Fora da rede: Coparticipação de \$0 até o máximo anual combinado Consulte sua Evidência de cobertura para obter uma lista completa de limitações e compartilhamentos de custos de benefícios.
	Máximo combinado anual (Não Medicare)	\$2,300 para serviços preventivos e abrangentes (não Medicare)	\$2,300 para serviços preventivos e abrangentes (não Medicare)
Serviços oftalmológicos (Esta seção continua na próxima página)	Exame oftalmológico (Coberto pelo Medicare)	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$65 por consulta	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Fora da rede: Coparticipação de \$65 por consulta
	Exame oftalmológico de rotina (Não Medicare)	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Um (1) exame por ano Fora da rede: 50% do custo total até o benefício máximo de \$150 Um (1) exame por ano	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta Um (1) exame por ano Fora da rede: 50% do custo total até o benefício máximo de \$150 Um (1) exame por ano

Benefícios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Serviços oftalmológicos (continuação)	Óculos	Na rede: Até \$350 por ano para armações, lentes e lentes de contato necessárias para a visão e atualizações Fora da rede: 0% até \$350 por ano para armações, lentes e lentes de contato necessárias para a visão 50% do custo total para lentes de até \$150	Na rede: Até \$350 por ano para armações, lentes e lentes de contato necessárias para a visão e atualizações Fora da rede: 0% até \$350 por ano para armações, lentes e lentes de contato necessárias para a visão 50% do custo total para lentes de até \$150
Serviços de saúde mental Sessões individuais e em grupo		Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$30 por consulta para sessões em grupo Coparticipação de \$40 por consulta para sessões individuais	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$30 por consulta para sessões em grupo Coparticipação de \$40 por consulta para sessões individuais
Instalação de enfermagem qualificada		Na rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 20: coparticipação de \$0 Dias 21 a 57: coparticipação de \$184 Dias 58 a 100: coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 45: coparticipação de \$225 Dias 46 a 100: coparticipação de \$0	Na rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 20: coparticipação de \$0 Dias 21 a 57: coparticipação de \$184 Dias 58 a 100: coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: Você paga o seguinte por dia, por internação: Dias 1 a 45: coparticipação de \$225 Dias 46 a 100: coparticipação de \$0

Benefícios	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) e fonoaudiologia (Speech and Language Therapy, ST)	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta em casa Coparticipação de \$30 por consulta em um consultório ou instalação É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$65 por consulta	Na rede: Coparticipação de \$0 por consulta em casa Coparticipação de \$35 por consulta em um consultório ou instalação para PT e ST Coparticipação de \$40 por consulta em um consultório ou instalação para OT É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$65 por consulta
Ambulância Serviços terrestres e aéreos	Coparticipação de \$290 por transporte via ambulância terrestre Coparticipação de \$350 por transporte via ambulância aérea Autorização prévia necessária para transporte não emergencial	Coparticipação de \$300 por transporte via ambulância terrestre Coparticipação de \$350 por transporte via ambulância aérea Autorização prévia necessária para transporte não emergencial
Transporte	Não coberto	Coparticipação de \$0 por trecho para viagens médicas, até 24 por ano, para locais aprovados pelo plano, no máximo a 50 milhas Fora da rede: Você paga 50% do custo total de 24 viagens, por trecho, por ano, até \$32, para locais aprovados pelo plano, no máximo a 50 milhas
Medicamentos Medicare Parte B	Na rede: Coparticipação de \$35 para a insulina da Parte B Você paga 0% a 20% do custo total da Parte B Quimioterapia/Radiação e outros medicamentos. É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$30 para a insulina da Parte B Você paga 0% a 20% do custo total da Parte B Quimioterapia/Radiação e outros medicamentos. É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total

Medicamentos com receita

Cobertura de medicamentos	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414- 001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Medicamento com prescrição anual (Parte D) dedutível	\$0 para todos os níveis	\$200 para os níveis 3, 4 e 5 A dedução não se aplica à insulina

Cobertura inicial	Você pagará o seguinte, até que seus custos totais anuais de medicamentos atinjam \$5,030. Os custos totais anuais de medicamentos são os custos totais de medicamentos pagos por você e pelo nosso plano Parte D. Você paga \$35 pela insulina para um suprimento de um mês.
-------------------	---

Varejo padrão				
Nível do medicamento	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO)		CCA MEDICARE VALUE (PPO)	
	Suprimento de um mês	Suprimento de três meses	Suprimento de um mês	Suprimento de três meses
Nível 1 (genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nível 2 (genérico)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nível 3 (marca preferida)	\$47	\$131	\$47	\$141
Nível 4 (marca não preferida)	\$100	\$290	\$100	\$300
Nível 5 (medicamentos especializados)	33%	N/A*	30%	N/A*
Pedido por correio				
Nível do medicamento	Suprimento de um mês	Suprimento de três meses	Suprimento de um mês	Suprimento de três meses
Nível 1 (genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nível 2 (genérico)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nível 3 (marca preferida)	\$47	\$131	\$47	\$141
Nível 4 (marca não preferida)	\$100	\$290	\$100	\$300
Nível 5 (medicamentos especializados)	33%	N/A*	30%	N/A*

Estágio de lacuna de cobertura	Depois que os custos totais do medicamento atingirem \$5,030, você entrará no estágio Lacuna de cobertura. Você não pagará mais de 25% por medicamentos genéricos e de marca, por nenhum nível de medicamento durante a lacuna de cobertura. Você paga \$35 pela insulina para um suprimento de um mês
Cobertura catastrófica	Depois que os custos totais de medicamento atingirem \$8.000, você entrará no estágio Cobertura catastrófica. Você paga \$0 pela insulina para um suprimento de um mês Seus custos com medicamentos serão de \$0.

*N/A — Os suprimentos de medicamentos de nível 5 para três meses não estão disponíveis.

Benefícios adicionais

A tabela a seguir são benefícios adicionais que você obtém por meio do nosso plano em um profissional de saúde ou instalação da rede.

Benefícios adicionais		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Acupuntura (Coberto pelo Medicare)		Na rede: \$40 por consulta até 20 consultas por ano para acupuntura cobertas pelo Medicare para dor crônica nas costas Fora da rede: Coparticipação de \$65	Na rede: \$35 por consulta até 20 consultas por ano para acupuntura cobertas pelo Medicare para dor crônica nas costas Fora da rede: Coparticipação de \$65
Serviços de quiropraxia (Coberto pelo Medicare)		Na rede: Coparticipação de \$15 É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$65	Na rede: Coparticipação de \$20 É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$65
Visita anual de bem-estar e recompensa por exame físico		Recompensa de \$25 para uma consulta anual de bem-estar ou exame físico	Recompensa de \$25 para uma consulta anual de bem-estar ou exame físico
Controle da doença (esta seção continua na próxima página)	Suprimentos para monitoramento do diabetes	Na rede: Coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total
		Nosso plano contrata a Abbott Diabetes Care e a LifeScan, fornecedores preferidos, para fornecer glicosímetros e tiras-teste para nossos associados diabéticos.	
	Treinamento de autocontrole do diabetes	Na rede: Coparticipação de \$0 Fora da rede: 40% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$0 Fora da rede: 40% do custo total

Benefícios adicionais		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Controle da doença (continuação)	Calçados ou inserções terapêuticos	Na rede: 20% do custo total É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total	Na rede: 20% do custo total É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total
Equipamentos médicos duráveis e suprimentos relacionados	Equipamentos médicos duráveis (por exemplo, cadeiras de rodas, oxigênio)	Na rede: 20% de cosseguro É necessária autorização prévia Fora da rede: 50% do custo total	Na rede: 20% de cosseguro É necessária autorização prévia Fora da rede: 50% do custo total
	Próteses (p. ex., aparelhos, membros artificiais)	Na rede: 20% de cosseguro É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total	Na rede: 20% de cosseguro É necessária autorização prévia Fora da rede: 40% do custo total
Benefício de fitness		O Silver&Fit® inclui uma associação de fitness com acesso a uma única academia de ginástica na rede de sua escolha por mês, programação Fit at Home para fitness em casa, um (1) kit de fitness em casa por ano e muito mais. ¹	O Silver&Fit® inclui uma associação de fitness com acesso a uma única academia de ginástica na rede de sua escolha por mês, programação Fit at Home para fitness em casa, um (1) kit de fitness em casa por ano e muito mais. ¹

¹ O programa Silver&Fit® é fornecido pela American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), subsidiária da American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit é uma marca comercial da ASH e é usada neste documento com permissão. Somente nos locais participantes. Entre em contato com o plano para obter mais informações.

Benefícios adicionais		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Serviços de podiatria	Exames e tratamento dos pés (coberto pelo Medicare)	Na rede: Coparticipação de \$40 É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$65	Na rede: Coparticipação de \$35 É necessária autorização prévia Fora da rede: Coparticipação de \$65
	Cuidados rotineiros com os pés (Não Medicare)	Na rede: Coparticipação de \$40 Seis (6) visitas por ano É necessária autorização prévia Fora da rede: Copagamento de \$65 por consulta Seis (6) consultas por ano	Na rede: Copagamento de \$40 por consulta Seis (6) consultas por ano É necessária autorização prévia Fora da rede: Copagamento de \$65 por consulta Seis (6) consultas por ano
Assistência médica domiciliar		Na rede: Coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: 50% do custo total	Na rede: Coparticipação de \$0 É necessária autorização prévia Fora da rede: 50% do custo total
Clínica para cuidados paliativos		\$0 Você não paga nada por tratamentos paliativos de qualquer clínica para tratamentos paliativos aprovada pelo Medicare. Você pode ter que pagar parte dos custos de medicamentos e cuidados temporários. As clínicas de tratamentos paliativos são cobertas pelo Medicare original, fora do nosso plano.	\$0 Você não paga nada por tratamentos paliativos de qualquer clínica para tratamentos paliativos aprovada pelo Medicare. Você pode ter que pagar parte dos custos de medicamentos e cuidados temporários. As clínicas de tratamentos paliativos são cobertas pelo Medicare original, fora do nosso plano.
Seguro contra roubo de identidade		\$0 Você não paga nada por monitoramento gratuito de identidade para associados com doenças crônicas qualificadas. Nem todos os associados se qualificam. ²	\$0 Você não paga nada por monitoramento gratuito de identidade para associados com doenças crônicas qualificadas. Nem todos os associados se qualificam. ²

² Os benefícios de roubo de identidade, tênis e alimentos mencionados fazem parte de um programa complementar especial para pessoas com doenças crônicas qualificadas. Algumas restrições podem ser aplicadas. Ligue para o Atendimento ao associado no número 866-610-2273 (TTY 711) para ver se você se qualifica. Nem todos os associados se qualificam.

Benefícios adicionais	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Linha de aconselhamento com enfermeiro (24/7)	Na rede: Você não paga nada para falar com um enfermeiro registrado ou médico de saúde comportamental 24 horas por dia, 7 dias por semana Fora da rede: 40% do custo total	Na rede: Você não paga nada para falar com um enfermeiro registrado ou médico de saúde comportamental 24 horas por dia, 7 dias por semana Fora da rede: 40% do custo total
Serviços de tratamento com opioides	Na rede e fora da rede: Coparticipação de \$0	Na rede e fora da rede: Coparticipação de \$0
Itens de venda livre (OTC)	Você recebe um CCA Healthy Savings card com um subsídio de \$220 carregado a cada trimestre (3 meses) para comprar itens aprovados pela CCA sem receita médica (Over-the Counter, OTC) em varejistas da rede. Use seu cartão para comprar itens de venda livre, incluindo: suprimentos de primeiros socorros, testes para COVID-19, sabonetes líquidos, tratamento dentário e remédios para resfriado e gripe em varejistas da rede. ²	Você recebe um CCA Healthy Savings card com um subsídio de \$335 carregado a cada trimestre (3 meses) para comprar itens aprovados pela CCA sem receita médica (OTC) em varejistas da rede. Use seu cartão para comprar itens de venda livre, incluindo: suprimentos de primeiros socorros, testes para COVID-19, sabonetes líquidos, tratamento dentário e remédios para resfriado e gripe em varejistas da rede. Para associados com doenças crônicas qualificadas, você pode usar o subsídio trimestral no Healthy Savings card para a compra de alimentos aprovados pela CCA em varejistas da rede. Nem todos os associados se qualificam. ²
Diálise renal	Dentro e fora da rede: 20% do custo total	Dentro e fora da rede: 20% do custo total

² Os benefícios de roubo de identidade, tênis e alimentos mencionados fazem parte de um programa complementar especial para pessoas com doenças crônicas qualificadas. Algumas restrições podem ser aplicadas. Ligue para o Atendimento ao associado no número 866-610-2273 (TTY 711) para ver se você se qualifica. Nem todos os associados se qualificam.

Benefícios adicionais	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Subsídio para tênis	Máximo anual de \$50 para a compra de tênis em lojas de sapatos registradas que aceitam Visa para associados com doenças crônicas qualificadas. Nem todos os associados se qualificam. ²	Máximo anual de \$100 para a compra de tênis em lojas de sapatos registradas que aceitam Visa para associados com doenças crônicas qualificadas. Nem todos os associados se qualificam. ²
Cobertura mundial	Coparticipação de \$90 para serviços de emergência Coparticipação de \$90 para serviços de atendimento de urgência Coparticipação de \$90 para transporte de emergência Coberto para pronto-socorro, atendimento de urgência e transporte de emergência até \$100,000 por ano	Coparticipação de \$0 para serviços de emergência Coparticipação de \$0 para serviços de atendimento de urgência Coparticipação de \$0 para transporte de emergência Coberto para pronto-socorro, atendimento de urgência e transporte de emergência até \$100,000 por ano

² Os benefícios de roubo de identidade, tênis e alimentos mencionados fazem parte de um programa complementar especial para pessoas com doenças crônicas qualificadas. Algumas restrições podem ser aplicadas. Ligue para o Atendimento ao associado no número 866-610-2273 (TTY 711) para ver se você se qualifica. Nem todos os associados se qualificam.

Aviso de não discriminação

A Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina, nem exclui pessoas, nem as trata de forma diferente devido a condições médicas, estado de saúde, recebimento de serviços de saúde, experiência em sinistros, histórico médico, deficiência (incluindo deficiência mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de gênero), orientação sexual, origem nacional, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajuda e serviços gratuitos para pessoas com deficiência para se comunicarem conosco de forma eficaz, como:
 - Intérpretes qualificados de língua de sinais
 - Informações escritas em outros formatos (letra grande, áudio, formatos eletrônicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços de idiomas gratuitos para pessoas cujo idioma principal não é o inglês, como:
 - Intérpretes qualificados
 - Informações escritas em outros idiomas

Se precisar desses serviços, entre em contato com o Atendimento ao associado.

Se você acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. não forneceu adequadamente esses serviços ou discriminou, de qualquer outra forma, devido a condição médica, status de saúde, recebimento de serviços de saúde, experiência com sinistros, histórico médico, deficiência (incluindo deficiência mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de gênero), orientação sexual, origem nacional, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou lugar de residência, você pode registrar uma reclamação pelos seguintes canais:

Commonwealth Care Alliance, Inc.

Coordenador de Direitos Civis

30 Winter Street

Boston, MA 02108, EUA

Telefone: 617-960-0474, ramal 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517

E-mail: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Você pode registrar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Se precisar de ajuda para registrar uma reclamação, o Coordenador de direitos civis está disponível para ajudar você.

Você também pode apresentar uma reclamação de direitos civis ao Departamento de saúde e serviços humanos dos EUA, Departamento de direitos civis, eletronicamente pelo Portal de reclamações do Departamento de direitos civis, disponível em ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por correio ou telefone em:

Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA [U.S. Department of Health and Human Services]

200 Independence Avenue, SW

Sala 509F, Edifício HHH

Washington, D.C. 20201, EUA

Telefone: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Os formulários de reclamação estão disponíveis em www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Serviços de intérprete em vários idiomas

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

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

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑

问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-866-610-2273 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。

这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯

服務。如需翻譯服務, 請致電 1-866-610-2273 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

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

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chýõng sức khỏe và chýõng 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 Arzneimittelpplan. 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ございます。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 ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោង សុខភាព ឬផ្ទាំងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាំងមាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។