



2024

Resumen de beneficios



commonwealth
care alliance[®]
MASSACHUSETTS

Commonwealth Care Alliance[®] Massachusetts

CCA Medicare Preferred (PPO) H9414-001

CCA Medicare Value (PPO) H9414-002

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por CCA Massachusetts desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

30 Winter Street
Boston, MA 02108

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

¿QUIÉN PUEDE UNIRSE?

Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Massachusetts: Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Este plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. El uso de proveedores de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, excepto en situaciones de emergencia.

Para ver la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de “Medicare y usted”. Puede verlo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para obtener más información, llámenos al 866-610-2273. 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, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

También puede visitar www.ccama.org.

- Los planes CCA Medicare Preferred (PPO) y CCA Medicare Value (PPO) son planes de Medicare Advantage PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.
- La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones.
- Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 866-610-2273 (TTY 711) y solicite la “Evidencia de cobertura” o acceda a ella en ccama.org.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Medicare Preferred y CCA Medicare Value.
- Esta información no contiene una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2025. La lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.
- 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 Servicios para Miembros o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711).

Primas y deducibles

	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Prima mensual del plan (incluye servicios médicos y medicamentos)	\$0 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$20 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	\$0	\$0
Responsabilidad máxima de costos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	Dentro de la red: \$5,950 anuales \$9,550 combinados al año para los servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red	Dentro de la red: \$5,000 anuales \$8,950 combinados al año para los servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red
	Si alcanza el límite de costos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que de todas formas deberá pagar su parte del costo de sus medicamentos recetados de la Parte D.	

Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios dentro de la red que usted puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Beneficios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Hospitalizaciones	Agudas	<p>Dentro de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 5: copago de \$370 A partir del día 6: copago de \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 7: copago de \$275 A partir del día 8: copago de \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30 % del costo total</p>
	Psiquiátricas	<p>Dentro de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 5: copago de \$370 Días 6 a 90: copago de \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 7: copago de \$275 Días 8 a 90: copago de \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30 % del costo total</p>
Atención ambulatoria	Hospital, incluye cirugías	<p>Dentro de la red: Copago de \$370 por visita Colonoscopia de diagnóstico: \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$300 por visita Colonoscopia de diagnóstico: \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total</p>
	Servicios de observación	<p>Dentro de la red: Copago de \$370 por día</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$370 por día</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total</p>
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)		<p>Dentro de la red: Copago de \$270 por visita Colonoscopia de diagnóstico: \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$270 por visita Colonoscopia de diagnóstico: \$0 Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total</p>

Beneficios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Visitas al médico	Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP)	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: Copago de \$0 por visita	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: Copago de \$0 por visita
	Especialistas	Dentro de la red: Copago de \$40 por visita Fuera de la red: Copago de \$65 por visita	Dentro de la red: Copago de \$35 por visita Fuera de la red: Copago de \$65 por visita
Atención preventiva (p. ej., vacuna antigripal, exámenes de detección de diabetes)		Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: Copago de \$0 por visita Otros servicios preventivos disponibles	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: Copago de \$0 por visita Otros servicios preventivos disponibles
Atención de emergencia		Copago de \$90 por visita No se aplica si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas	Copago de \$90 por visita No se aplica si ingresa en el hospital dentro de 1 día
Servicios de urgencia		Dentro y fuera de la red: Copago de \$30 por visita	Dentro y fuera de la red: Copago de \$30 por visita
Servicios de diagnóstico/ de laboratorio/ imágenes (esta sección continúa en la página siguiente)	Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética)	Dentro de la red: Copago de \$130 por visita Mamografía de diagnóstico: \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$130 por visita Mamografía de diagnóstico: \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total
	Servicios de laboratorio	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$0 por visita	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$0 por visita

Beneficios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Servicios de diagnóstico/ de laboratorio/ de diagnóstico por imágenes (continuación)	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total
	Radiología terapéutica	Dentro de la red: Copago de \$60 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$60 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total
	Radiografías para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$20 por visita	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$20 por visita
Servicios para la audición	Examen de audición (cubierto por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: \$65 por visita	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: \$65 por visita
	Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Uno (1) por año Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Uno (1) por año Fuera de la red: Sin cobertura
	Audífonos	Dentro de la red: Copago de \$200 a \$1,150 según el audífono seleccionado Dos (2) audífonos por año Fuera de la red: 50 % del costo total Cubierto hasta \$300 por oído, Un (1) audífono por oído, por año	Dentro de la red: Copago de \$0 hasta un beneficio máximo anual combinado de \$2,000 Un (1) audífono por oído, por año <i>Fuera de la red:</i> 50 % del costo total cubierto hasta el beneficio máximo anual combinado de \$2,000 para la compra de audífonos Un (1) audífono por oído, por año

Beneficios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Servicios dentales	Servicios preventivos (no cubierto por Medicare)	Dentro y fuera de la red: Copago de \$0 por visita, hasta el máximo anual combinado	Dentro y fuera de la red: Copago de \$0 por visita, hasta el máximo anual combinado
	Servicios integrales (Medicare)	Dentro de la red: Coseguro del 20 % Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Usted paga el 40 % del costo total
	Servicios integrales (no cubierto por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$0 hasta el máximo anual combinado Se requiere autorización previa para algunos servicios Fuera de la red: Copago de \$0 hasta el máximo anual combinado Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los costos compartidos y las limitaciones de los beneficios.	Dentro de la red: Copago de \$0 hasta el máximo anual combinado Se requiere autorización previa para algunos servicios Fuera de la red: Copago de \$0 hasta el máximo anual combinado Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los costos compartidos y las limitaciones de los beneficios.
	Máximo anual combinado (no cubierto por Medicare)	\$2,300 para servicios preventivos e integrales (no cubierto por Medicare)	\$2,300 para servicios preventivos e integrales (no cubierto por Medicare)
Servicios oftalmológicos (Esta sección continúa en la página siguiente)	Examen ocular (cubierto por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: Copago de \$65 por visita	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Fuera de la red: Copago de \$65 por visita
	Examen ocular de rutina (no cubierto por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Un (1) examen por año <i>Fuera de la red:</i> 50 % del costo total hasta un beneficio máximo de \$150 Un (1) examen por año	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Un (1) examen por año <i>Fuera de la red:</i> 50 % del costo total hasta un beneficio máximo de \$150 Un (1) examen por año

Beneficios		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Servicios oftalmológicos (continuación)	Anteojos	Dentro de la red: \$350 anuales para marcos, lentes, lentes de contacto necesarios para la visión y mejoras	Dentro de la red: \$350 anuales para marcos, lentes, lentes de contacto necesarios para la visión y mejoras
		Fuera de la red: De 0 % hasta \$350 para marcos y lentes de contacto necesarios para la visión	Fuera de la red: De 0 % hasta \$350 para marcos y lentes de contacto necesarios para la visión
		50 % del costo total para lentes hasta \$150	50 % del costo total para lentes hasta \$150
Servicios de salud mental Sesiones individuales y grupales		Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa	Dentro de la red: Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa
		Fuera de la red: Copago de \$30 por visita para sesiones grupales Copago de \$40 por visita para sesiones individuales	Fuera de la red: Copago de \$30 por visita para sesiones grupales Copago de \$40 por visita para sesiones individuales
Centro de enfermería especializada		Dentro de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 57: copago de \$184 Días 58 a 100: copago de \$0 Se requiere autorización previa	Dentro de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 57: copago de \$184 Días 58 a 100: copago de \$0 Se requiere autorización previa
		Fuera de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 45: copago de \$225 Días 46 a 100: copago de \$0	Fuera de la red: Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 45: copago de \$225 Días 46 a 100: copago de \$0

Beneficios	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla y el lenguaje (ST)	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por visita a domicilio Copago de \$30 por visita en un consultorio o centro Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$65 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por visita a domicilio Copago de \$35 por visita en un consultorio o centro para PT y ST Copago de \$40 por visita en un consultorio o centro para OT Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$65 por visita</p>
Ambulancia Servicios terrestres y aéreos	<p>Copago de \$290 por transporte en una ambulancia terrestre</p> <p>Copago de \$350 por transporte en una ambulancia aérea</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia</p>	<p>Copago de \$300 por transporte en una ambulancia terrestre</p> <p>Copago de \$350 por transporte en una ambulancia aérea</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia</p>
Transporte	Sin cobertura	<p>Copago de \$0 por viajes médicos de ida o de vuelta, hasta 24 por año, a lugares aprobados por el plan; máximo de 50 millas</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 50 % del costo total por 24 viajes de ida o de vuelta por año hasta \$32, a lugares aprobados por el plan; máximo de 50 millas</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Dentro de la red: Copago de \$35 por insulina de la Parte B</p> <p>Usted paga entre el 0 y el 20 % del costo total de la quimioterapia/radioterapia de la Parte B y otros medicamentos. Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por insulina de la Parte B</p> <p>Usted paga entre el 0 y el 20 % del costo total de la quimioterapia/radioterapia de la Parte B y otros medicamentos. Se requiere autorización previa</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo total</p>

Medicamentos recetados

Cobertura de medicamentos	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Deducible anual por medicamentos recetados (Parte D)	\$0 para todos los niveles	\$200 para los Niveles 3, 4 y 5 El deducible no se aplica a la insulina

Cobertura inicial	<p>Usted pagará lo siguiente hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son aquellos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D.</p> <p>Usted paga \$35 por insulina para un suministro de un mes.</p>
-------------------	---

Tienda minorista estándar				
Nivel de medicamentos	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO)		CCA MEDICARE VALUE (PPO)	
	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$47	\$131	\$47	\$141
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	\$100	\$290	\$100	\$300
Nivel 5 (medicamentos especializados)	33 %	N/C*	30 %	N/C*
Pedido por correo				
Nivel de medicamentos	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$47	\$131	\$47	\$141
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	\$100	\$290	\$100	\$300
Nivel 5 (medicamentos especializados)	33 %	N/C*	30 %	N/C*

*N/C: los suministros para tres meses de medicamentos del nivel 5 no están disponibles.

Etapa de brecha de cobertura	<p>Después de que los costos totales de medicamentos alcancen los \$5,030, usted ingresará en la etapa de brecha de cobertura. No pagará más del 25 % por medicamentos genéricos y de marca de cualquier nivel durante la brecha de cobertura.</p> <p>Usted paga \$35 por insulina para un suministro de un mes</p>
Cobertura en casos de catástrofe	<p>Después de que los costos totales de medicamentos alcancen los \$8,000, usted ingresará en la etapa de cobertura en casos de catástrofe.</p> <p>Usted paga \$0 por insulina para un suministro de un mes</p> <p>Los costos de los medicamentos serán de \$0.</p>

Beneficios adicionales

En la siguiente tabla se presentan beneficios adicionales que usted obtiene a través de nuestro plan en proveedores o centros de la red.

Beneficios adicionales		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Acupuntura (cubierta por Medicare)		Dentro de la red: \$40 por visita por un máximo de 20 visitas por año para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para tratar el dolor de espalda crónico Fuera de la red: Copago de \$65	Dentro de la red: \$35 por visita por un máximo de 20 visitas por año para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para tratar el dolor de espalda crónico Fuera de la red: Copago de \$65
Servicios quiroprácticos (cubierta por Medicare)		Dentro de la red: Copago de \$15 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$65	Dentro de la red: Copago de \$20 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$65
Recompensa por la visita de bienestar anual y examen físico		Recompensa de \$25 por una visita de bienestar o un examen físico	Recompensa de \$25 por una visita de bienestar o un examen físico
Control de enfermedades (esta sección continúa en la página siguiente)	Suministros para el control de la diabetes	Dentro de la red: Copago de \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: 40 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: 40 % del costo total
	Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care y LifeScan, proveedores preferidos, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes.		
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 40 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 40 % del costo total

Beneficios adicionales		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Control de enfermedades (continuación)	Zapatos terapéuticos o plantillas	Dentro de la red: 20 % del costo total Se requiere autorización previa Fuera de la red: 40 % del costo total	Dentro de la red: 20 % del costo total Se requiere autorización previa Fuera de la red: 40 % del costo total
Equipo médico duradero y suministros relacionados	Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	Dentro de la red: Coseguro del 20 % Se requiere autorización previa Fuera de la red: 50 % del costo total	Dentro de la red: Coseguro del 20 % Se requiere autorización previa Fuera de la red: 50 % del costo total
	Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	Dentro de la red: Coseguro del 20 % Se requiere autorización previa Fuera de la red: 40 % del costo total	Dentro de la red: Coseguro del 20 % Se requiere autorización previa Fuera de la red: 40 % del costo total
Beneficio de acondicionamiento físico		Silver&Fit® incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso mensual a un gimnasio único de su elección dentro de la red, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un (1) kit anual de acondicionamiento físico en el hogar y mucho más. ¹	Silver&Fit® incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso mensual a un gimnasio único de su elección dentro de la red, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un (1) kit anual de acondicionamiento físico en el hogar y mucho más. ¹

¹ El programa Silver&Fit® es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit son marcas comerciales de ASH y se utilizan con permiso en el presente documento. Solo en ubicaciones participantes. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Beneficios adicionales		CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Servicios de podología	Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$40 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$65	Dentro de la red: Copago de \$35 Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$65
	Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare)	Dentro de la red: Copago de \$40 Seis (6) visitas por año Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$65 Seis (6) visitas por año	Dentro de la red: Copago de \$40 Seis (6) visitas por año Se requiere autorización previa Fuera de la red: Copago de \$65 Seis (6) visitas por año
Atención médica a domicilio		Dentro de la red: Copago de \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: 50 % del costo total	Dentro de la red: Copago de \$0 Se requiere autorización previa Fuera de la red: 50 % del costo total
Centro de cuidados paliativos		\$0 Usted no paga nada por la atención en centros de cuidados paliativos de cualquier centro aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y la atención de relevo. Original Medicare cubre los cuidados paliativos fuera de nuestro plan.	\$0 Usted no paga nada por la atención en centros de cuidados paliativos de cualquier centro aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y la atención de relevo. Original Medicare cubre los cuidados paliativos fuera de nuestro plan.
Seguro contra robo de identidad		\$0 Usted no paga nada por el monitoreo de identidad gratuito para miembros con enfermedades crónicas que califican. No todos los miembros califican. ²	\$0 Usted no paga nada por el monitoreo de identidad gratuito para miembros con enfermedades crónicas que califican. No todos los miembros califican. ²

² Los beneficios de robo de identidad y calzado deportivo y alimentos mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios para Miembros al 866-610-2273 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos. No todos los miembros califican.

Beneficios adicionales	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Línea de asesoramiento de enfermería (24/7)	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada por hablar con un enfermero matriculado o un médico de salud mental las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada por hablar con un enfermero matriculado o un médico de salud mental las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Fuera de la red: 40 % del costo total</p>
Servicios de tratamiento de opioides	Dentro y fuera de la red: Copago de \$0	Dentro y fuera de la red: Copago de \$0
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	<p>Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$220 que se cargan cada trimestre calendario (cada 3 meses) que puede usar para comprar artículos de venta libre (OTC) aprobados por CCA sin necesidad de presentar una receta en tiendas minoristas dentro de la red. Use su tarjeta para comprar artículos OTC, incluidos suministros de primeros auxilios, pruebas de COVID-19, gel de baño, productos para el cuidado dental y remedios para el resfriado y la gripe en tiendas minoristas dentro de la red.²</p>	<p>Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$335 que se cargan cada trimestre calendario (cada tres meses) que puede usar para comprar artículos de venta libre (over the counter, OTC) aprobados por CCA sin necesidad de presentar una receta en tiendas minoristas dentro de la red. Use su tarjeta para comprar artículos OTC, incluidos suministros de primeros auxilios, pruebas de COVID-19, gel de baño, productos para el cuidado dental y remedios para el resfriado y la gripe en tiendas minoristas dentro de la red. Para los miembros con una afección crónica que califique, puede utilizar la asignación trimestral de la tarjeta Healthy Savings para la compra de alimentos aprobados por CCA en tiendas minoristas dentro de la red. No todos los miembros califican.²</p>
Diálisis renal	Dentro y fuera de la red: 20 % del costo total	Dentro y fuera de la red: 20 % del costo total

² Los beneficios de robo de identidad y calzado deportivo y alimentos mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios para Miembros al 866-610-2273 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos. No todos los miembros califican.

Beneficios adicionales	CCA MEDICARE PREFERRED (PPO) H9414-001	CCA MEDICARE VALUE (PPO) H9414-002
Asignación para calzado deportivo	Un máximo anual de \$50 por año para la compra de calzado deportivo en tiendas de calzado registradas que aceptan Visa para miembros con una afección crónica que califique. No todos los miembros califican. ²	Un máximo anual de \$100 por año para la compra de calzado deportivo en tiendas de calzado registradas que aceptan Visa para miembros con una afección crónica que califique. No todos los miembros califican. ²
Cobertura mundial	<p>Copago de \$90 por servicios de emergencia</p> <p>Copago de \$90 por servicios de atención de urgencia</p> <p>Copago de \$90 por transporte de emergencia</p> <p>Cubierto para el departamento de emergencias, atención de urgencia y transporte de emergencia hasta \$100,000 por año</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de emergencia</p> <p>Copago de \$0 por servicios de atención de urgencia</p> <p>Copago de \$0 por transporte de emergencia</p> <p>Cubierto para el departamento de emergencias, atención de urgencia y transporte de emergencia hasta \$100,000 por año</p>

² Los beneficios de robo de identidad y calzado deportivo y alimentos mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios para Miembros al 866-610-2273 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos. No todos los miembros califican.

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 afección, 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, tales como:
 - 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 Servicios para Miembros.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por su afección, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, 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 presentar una queja formal ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

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

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

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

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

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

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về 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 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 ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711).

ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោង សុខភាព ឬផ្ទារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។