



CCA Medicare Preferred (PPO) ofrecido por Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC (CCA Health Rhode Island)

Notificación anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de CCA Medicare Preferred (PPO). El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 para ver el Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web: www.ccahealthri.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 cuidado médico (médicos, hospitales).
 - 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 o revise la lista que se encuentra al dorso del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024).
- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en CCA Medicare Preferred.
- Para **cambiar a un plan** diferente, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en CCA Medicare Preferred.
- Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), vive actualmente en una o acaba de salir de una, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 833-346-9222 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 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-and-Families para obtener más información.

Acerca de CCA Medicare Preferred

- CCA Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.
 - Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Medicare Preferred.
-

H9876_24_ANOC_Preferred_M

Notificación anual de cambios para 2024 Índice

Resumen de costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo	8
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
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 .	15
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	18
Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Preferred	18
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	19
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	20
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Preferred.....	21
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	22

Resumen de costos importantes para 2024

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

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Montos máximos de desembolso directo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$4,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$4,500	De proveedores de la red: \$4,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$4,500
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita <i>Fuera de la red¹: Usted paga el 20 % del costo total por visita</i> Visitas a especialistas: \$30 de copago por visita <i>Coseguro del 20 % fuera de la red¹ por visita.</i>	Visitas de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita <i>Fuera de la red¹: Usted paga el 20 % del costo total por visita</i> Visitas a especialistas: \$30 de copago por visita <i>\$40 de copago fuera de la red¹ por visita.</i>
Hospitalizaciones	Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso: Días 1–5: \$300 Día 6 en adelante: \$0	Dentro de la red: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso: Días 1–5: \$300 Día 6 en adelante: \$0

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p><i>Fuera de la red¹: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso:</i></p> <p><i>Días 1–5: \$300</i></p> <p><i>Día 6 en adelante: \$0</i></p>	<p><i>Fuera de la red¹: Usted paga el siguiente copago por día, por ingreso:</i></p> <p><i>Días 1-5: \$300</i></p> <p><i>Día 6 en adelante: \$0</i></p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$0 • Nivel de medicamento 3: \$47 <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga \$35 por un suministro mensual cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel de medicamento 4: \$100 • Nivel de medicamento 5: 33 % <p>Cobertura en casos de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada medicamento recetado, usted paga 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$0 • Nivel de medicamento 3: \$47 <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga \$35 por un suministro mensual cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel de medicamento 4: \$100 • Nivel de medicamento 5: 33 % <p>Cobertura en casos de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	lo que sea mayor de lo siguiente: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).	

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 Sin cambios

- 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.

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo dentro de la red</p> <p>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. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	\$4,500	<p style="text-align: center;">\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p> <p style="text-align: center;">Sin cambios</p>
<p>Monto máximo de desembolso directo combinado</p> <p>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. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de desembolso directo para servicios médicos.</p>	\$4,500	<p style="text-align: center;">\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> <p style="text-align: center;">Sin cambios</p>

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.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 29 de febrero de 2024)

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web: www.ccahealthri.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 en un plazo de 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)
Acupuntura	La acupuntura de rutina no cubierta por Medicare <u>no</u> tiene cobertura.	Usted paga \$0 de copago por tratamiento de hasta 12 sesiones de rutina no cubiertas por Medicare cada año. <i>Fuera de la red¹: Usted paga el 20 % del costo total.</i>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios dentales</p>	<p>Usted tiene un máximo anual para servicios preventivos e integrales de \$2,250 por año.</p> <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare): Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Servicios de extracciones • Servicios de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Usted tiene un máximo anual para servicios preventivos e integrales de \$3,000 por año.</p> <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare): Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina • Servicios de endodoncia • Servicios de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>
<p>Servicios de emergencia</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por visita. No se aplica el copago si ingresa en el hospital dentro de un (1) día.</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por visita. No se aplica el copago si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios oftalmológicos	<p>Exámenes oculares: Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a un examen ocular de rutina por año calendario.</p> <p>Anteojos: Dentro de la red Asignación de \$290 por año para marcos o lentes de contacto por año del plan Una lente base (simples, bifocales, trifocales)</p> <p>Fuera de la red El 50 % de coseguro del miembro se aplica a las lentes cubiertas por año calendario</p> <p>0 % de coseguro del miembro para marcos o lentes de contacto (en lugar de lentes), hasta la asignación máxima autorizada para marcos de \$290 por año calendario</p>	<p>Exámenes oculares: Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a un examen ocular de rutina por año calendario, hasta alcanzar el beneficio máximo de \$150.</p> <p>Anteojos: Dentro de la red Asignación de \$400 por año para marcos, lentes, lentes de contacto y mejoras para la visión por año del plan.</p> <p>Fuera de la red Se aplica un coseguro del 50 % a las lentes cubiertas cada año calendario, hasta el beneficio máximo de \$150</p> <p>Coseguro del miembro del 0 % para marcos, lentes de contacto y pruebas de ajuste, hasta \$400 por año calendario</p>
Acondicionamiento físico	Fuera de la red: Cubierto a través de un reembolso de hasta \$50 para visitar a un proveedor fuera de la red.	Fuera de la red: Sin cobertura. Debe usar el programa Silver and Fit. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Tarjeta para artículos de venta libre (OTC)/Healthy Savings</p>	<p>Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$120 cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre aprobados por Medicare, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, de cuidado dental, suministros para síntomas de resfrío y otros, en minoristas de la red.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p> <p>Fuera de la red: Cubierto a través de reembolso de hasta la asignación trimestral.</p>	<p>Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$150 cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos aprobados por CCA, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, de cuidado dental, suministros para síntomas de resfrío y otros, en minoristas de la red.</p> <p>Para los miembros con enfermedades crónicas, puede utilizar su 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 Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura. Debe usar la tarjeta Healthy Savings.</p>
<p>Servicios de terapia ocupacional</p>	<p>Usted paga de \$0 a \$25 de copago por visita de terapia ocupacional, según la ubicación.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita en el hogar.</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita en un consultorio o centro.</p>	<p>Usted paga de \$0 a \$20 de copago por visita de terapia ocupacional, según la ubicación.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita en el hogar.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita en un consultorio o centro.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios de fisioterapia	Usted paga \$0 de copago por visita en el hogar. Usted paga \$25 de copago por visita de fisioterapia en un consultorio o centro.	Usted paga \$0 de copago por visita en el hogar. Usted paga \$20 de copago por visita de fisioterapia en un consultorio o centro.
Servicios para patologías del habla y el lenguaje	Usted paga \$0 de copago por visita en el hogar. Usted paga \$25 de copago por visita de terapia para patologías del habla y el lenguaje en un consultorio o centro.	Usted paga \$0 de copago por visita en el hogar. Usted paga \$20 de copago por visita de terapia para patologías del habla y el lenguaje en un consultorio o centro.
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para los días 1 a 20 • \$160 de copago para los días 21 a 45 • \$0 de copago para los días 46 a 100 	Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para los días 1 a 20 • \$180 de copago para los días 21 a 45 • \$0 de copago para los días 46 a 100

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios de traslado	<p>Usted paga \$0 de copago por viaje de ida, hasta un máximo de 12 viajes por año.</p> <p>Los miembros tienen derecho a obtener 12 viajes médicos de ida o vuelta por año del plan. Los miembros pueden viajar en taxi/vehículos de transporte de pasajeros, automóviles para viajes compartidos y camionetas para sillas de ruedas.</p> <p><i>Fuera de la red¹: Usted paga el 50 % del costo total, hasta \$32 por viaje.</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por viaje de ida, hasta un máximo de 12 viajes por año.</p> <p>Los miembros tienen derecho a obtener 12 viajes médicos de ida o vuelta por año del plan, hasta un máximo de 50 millas (80 kilómetros). Los miembros pueden viajar en taxi/vehículos de transporte de pasajeros, automóviles para viajes compartidos y camionetas para sillas de ruedas. Coordinated Transportation Services (CTS) debe reservar los viajes con anticipación.</p> <p><i>Fuera de la red¹: Usted paga el 50 % del costo total, hasta un total de \$32 por viaje.</i></p>
Audífonos	Los audífonos de venta libre no están cubiertos como parte de este beneficio.	Los audífonos de venta libre están cubiertos como parte del beneficio de audición de rutina hasta el beneficio máximo anual a través de NationsHearing
Otros servicios profesionales de cuidado médico	Se requiere autorización previa para otros servicios profesionales de cuidado médico.	No se requiere autorización previa para otros servicios profesionales de cuidado médico.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Medicamentos para terapia de infusión domiciliaria y medicamentos recetados de la Parte B	Usted paga \$0 de copago por la insulina.	Usted paga \$35 de copago por la insulina. Es posible que pague un coseguro más bajo por algunos medicamentos de la Parte B si el precio del medicamento aumentó más rápido que la tasa de inflación en un trimestre de referencia.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas	Los miembros que califican y tienen una enfermedad crónica cumplen con los requisitos para recibir una asignación para zapatillas de hasta \$50. No todos los miembros califican. ²	Los miembros que califican y tienen una enfermedad crónica cumplen con los requisitos para recibir una asignación para zapatillas de hasta \$100. No todos los miembros califican. ²

¹Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de 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.

²Algunos beneficios adicionales son beneficios suplementarios especiales, para los cuales no todos los miembros calificarán. Comuníquese con el plan para obtener más información.

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 enviamos 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 recibe 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 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)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas 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>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: Usted paga \$47 por receta</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos, Nivel 4: Usted paga \$100 por receta</p> <p>Medicamentos especializados, Nivel 5: Usted paga el 33 % por receta</p> <hr/>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: Usted paga \$47 por receta</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos, Nivel 4: Usted paga \$100 por receta</p> <p>Medicamentos especializados, Nivel 5: Usted paga el 33 % por receta</p> <hr/>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando surte la receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas 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, búselos 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.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Preferred

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro plan CCA Medicare Preferred.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare;
- –O– puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2024* (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 Rhode Island, LLC (CCA Health Rhode Island) 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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en CCA Medicare Preferred.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en CCA Medicare Preferred.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.
 - Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - –O– comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con cobertura de Medicaid, las que reciben “ayuda adicional” para sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador, y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), vive actualmente en una o acaba de salir de una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos 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 Rhode Island, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island (Rhode Island State Health Insurance Assistance Program).

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 SHIP 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 Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island al 1-888-884-8721 (TTY 401-462-0740). Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island visitando su sitio web (<https://oha.ri.gov>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique 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 8:00 a. m. a 7:00 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.** Rhode Island tiene un programa llamado Programa de Asistencia Farmacéutica de Rhode Island que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o enfermedad. 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 subsegurada. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados mediante el Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida de Rhode Island. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 401-462-3295.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Preferred

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al 833-346-9222. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Recibimos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 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)

En esta *Notificación anual de cambios*, se proporciona un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de CCA Medicare Preferred. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.ccahealthri.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.ccahealthri.org. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos aprobados*).

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024)

Lea el manual *Medicare & You 2024* (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: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

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

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

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

Los formularios para quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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、1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (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 1-866-346-9222 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-346-9222 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។