



CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) 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 Maximum. El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 5 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.

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 Maximum.
- 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 Maximum.
- Consulte la Sección 2, página 16, para conocer más sobre sus opciones.
- 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 Maximum

- CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Rhode Island para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- 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 Maximum.

H0876_24_ANOC_M

Notificación anual de cambios para 2024 Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	6
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .	11
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Maximum	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 3 Cambio de planes.....	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de CCA Medicare Maximum	18
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	18
Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid	19

Resumen de costos importantes para 2024

En el siguiente cuadro se comparan los costos de 2023 con los de 2024 para CCA Medicare Maximum en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si usted cumple con los requisitos para la asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio del médico y las estancias en hospital.

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
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
Hospitalizaciones	Usted paga \$0 de copago por estancia	Usted paga \$0 de copago por estancia
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$0 • Nivel de medicamento 3: \$0 • Nivel de medicamento 4: \$0 • Nivel de medicamento 5: \$0 	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: \$0 • Nivel de medicamento 2: \$0 • Nivel de medicamento 3: \$0 • Nivel de medicamento 4: \$0 • Nivel de medicamento 5: \$0

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<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. 	<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
<p>Monto máximo 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).</p>	<p>\$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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)
<p>Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0 Sin cambios</p>

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga como desembolso directo durante el año. Este límite se denomina monto máximo 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de desembolso directo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	\$0	<p>\$0</p> <p>Una vez que haya pagado \$0 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 durante el resto del año calendario.</p> <p>Sin cambios</p>

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

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de [Medicare](#).

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)
Anteojos	Cubrimos un par de anteojos graduados por año. Los anteojos recetados incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Lentes base (simples, bifocales y trifocales)• Hasta \$300 para marcos o lentes de contacto por año• Otros dispositivos auxiliares para la visión	Cubrimos anteojos, incluidos marcos, lentes, lentes de contacto y mejoras de hasta \$350 por año

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios dentales</p>	<p>Usted tiene un máximo anual para servicios preventivos e integrales de \$3,500 por año. Una vez agotado el máximo anual, los gastos restantes son su responsabilidad.</p> <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <p>Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 \$4,000 por año. Una vez agotado el máximo anual, los gastos restantes son su responsabilidad.</p> <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <p>Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Audífonos</p>	<p>Cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos: Hasta \$4,000 para el costo de hasta dos audífonos (uno [1] cada año), en ambos oídos, cada año. • Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios (\$4,000) del plan. <p>Los audífonos de venta libre no están cubiertos en virtud del beneficio de audífonos.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos: Hasta \$4,000 para el costo de hasta dos audífonos (uno [1] cada año), en ambos oídos, cada año. • Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios (\$4,000) del plan. <p>Los audífonos de venta libre están disponibles en virtud del beneficio de audífonos de rutina a través de NationsHearing.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

<p>Tarjeta para artículos de venta libre (OTC)/Healthy Savings</p>	<p>Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$675 cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) 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>En el caso de los miembros con enfermedades crónicas, puede usar la tarjeta Healthy Savings para comprar alimentos saludables de forma similar al beneficio del Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) en minoristas de la red. No todos los miembros califican.¹</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>	<p>Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$750 que se cargan cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre (OTC) cubiertos por CCA, como suministros de primeros auxilios, pruebas de detección de COVID-19, gel de baño, artículos para el cuidado dental y remedios para el resfrío y la gripe-en minoristas dentro de la red.</p> <p>En el caso de los miembros con enfermedades crónicas, puede utilizar su asignación trimestral de la tarjeta Healthy Savings para la compra de alimentos en tiendas minoristas dentro de la red. No todos los miembros califican.¹</p> <p>En el caso de los miembros con enfermedades crónicas, puede usar su asignación trimestral de la tarjeta Healthy Savings para el pago de facturas de servicios públicos, como facturas de gas, electricidad e Internet/televisión por cable. No todos los miembros califican.¹</p> <p>En el caso de los miembros con enfermedades</p>
---	--	--

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		<p>crónicas, el plan proporciona una asignación de \$100 por año a dichos miembros para la compra de calzado deportivo con la tarjeta Healthy Savings. No todos los miembros califican.¹</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener todos los detalles.</p>

¹ Algunos beneficios adicionales son beneficios complementarios 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. **Para obtener la Lista de medicamentos completa** puede llamar a Servicios para miembros (consulte la contraportada) o visitar nuestro sitio web (www.ccahealthri.org).

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

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que califique para una disminución o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso.

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>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0 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>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos): Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): Usted paga \$0 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>Como su plan tiene copagos de \$0, esta etapa de pago no se aplica a usted.</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> <p>Como su plan tiene copagos de \$0, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

En 2024, CCA Medicare Maximum participará en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). El programa de la Parte D de VBID nos permite eliminar su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Usted paga \$0 de copago por receta, independientemente de su nivel de Ayuda adicional.

Cambios en la Etapa de brecha de cobertura y en la Etapa de cobertura en casos de catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, se aplican a personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de brecha de cobertura ni a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en casos de catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en CCA Medicare Maximum

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 CCA Medicare Maximum.

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.

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 6) 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 medicamentos recetados 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 Maximum.
- 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 Maximum.
- 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.**

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de planes

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.

Como usted tiene Medicaid de Rhode Island, puede finalizar la membresía con nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

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 y Medicaid

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 programa SHIP se llama Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island pueden ayudarle con sus 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>.) Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Rhode Island, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) al 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3 p. m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Medicaid de Rhode Island.

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.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también llamada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica para recibirla, no tendrá una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - 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 para Personas Mayores de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders Program, RIPAE) 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 subasegurada. 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 Ryan White de Asistencia para Medicamentos contra 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 Maximum

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al 833-346-9222 (TTY **solamente, llame 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* para CCA Medicare Maximum. 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 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.

Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid de Rhode Island, puede llamar al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) al 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347). **Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:30 a. m. a 3 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes.**

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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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、1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-346-9222 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។