



# 2024

## Resumen de beneficios

### **CCA Health Plans of California**

CCA Medicare Excel (HMO)

- Condados de San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001

CCA Medicare Excel (HMO)

- Condado de Santa Clara H1426-002

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

2 Avenue De Lafayette, 5th Floor  
Boston, MA 02111



# INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

## ¿QUIÉN PUEDE UNIRSE?

Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: San Joaquin, Stanislaus y Merced (H1426-001) y Santa Clara (H1426-002).

## ¿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 & You” (“Medicare y usted”). Puede verlo en línea en [www.medicare.gov](http://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 866-333-3530. 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. de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, desde el 1. de abril hasta el 30 de septiembre. O visítenos en [www.ccahealthca.org](http://www.ccahealthca.org).

- CCA Medicare Excel (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el 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.
- Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.
- Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 866-333-3530 (TTY 711) y solicite la “Evidencia de cobertura” o acceda a ella en [www.ccahealthca.org](http://www.ccahealthca.org).
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CCA Health Plans of California, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Medicare Excel.
- Esta información no contiene una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con Servicios al Miembro 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.

**Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-333-3530 (TTY 711).**

## Primas y deducibles

	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Prima mensual del plan</b> (incluye servicios médicos y medicamentos)	\$0 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible médico</b>	\$0	\$0
<b>Responsabilidad máxima de costos de bolsillo</b> (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	\$1,500 al año para los servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro de la red	\$1,500 al año para los servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro 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 EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001	CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002
<b>Hospitali- zaciones</b>	Agudos	Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 3: copago de \$0 Días 4 a 7: copago de \$100 A partir del día 8: copago de \$0  Se requiere autorización previa	Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 3: copago de \$0 Días 4 a 7: copago de \$100 A partir del día 8: copago de \$0  Se requiere autorización previa
	Psiquiátricos	Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 8: copago de \$200 Días 9 a 90: copago de \$0  Se requiere autorización previa	Usted paga lo siguiente por día, por ingreso: Días 1 a 8: copago de \$200 Días 9 a 90: copago de \$0  Se requiere autorización previa
<b>Atención ambulatoria</b>	Servicios de atención ambulatoria, incluida la cirugía	Copago de \$150 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$150 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
	Servicios de observación	Copago de \$100 por hospitalización Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$100 por hospitalización Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>		Copago de \$75 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$75 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones

<b>Beneficios</b>		<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP)	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
	Especialistas	Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
<b>Cuidado preventivo (p. ej., vacuna antigripal, exámenes de detección de diabetes)</b>		Copago de \$0 por visita  Otros servicios preventivos disponibles	Copago de \$0 por visita  Otros servicios preventivos disponibles
<b>Cuidado de emergencia</b> No se aplica el copago si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas		Copago de \$90 por visita	Copago de \$90 por visita
<b>Servicios de urgencia</b>		Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
<b>Servicios de diagnóstico / de laboratorio/ diagnóstico por imágenes (esta sección continúa en la página siguiente)</b>	Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética)	Copago de \$45 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
	Servicios de laboratorio	Copago de \$0 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Copago de \$0 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones

<b>Beneficios</b>		<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Servicios de diagnóstico/ de laboratorio/ diagnóstico por imágenes (continuación)</b>	Radiología terapéutica	20 % del costo total Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	20 % del costo total Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
	Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicio Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 por visita Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
<b>Servicios para la audición</b>	Examen de audición (cubierto por Medicare)	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
	Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare) Uno (1) por año	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
	Audífonos	Asignación anual de \$1,000 para la compra de dos (2) audífonos (uno [1] por oído)  Se requiere autorización previa	Asignación anual de \$1,000 para la compra de dos (2) audífonos (uno [1] por oído)  Se requiere autorización previa

Beneficios		CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001	CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002
<b>Servicios dentales</b>	Servicios preventivos (no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
	Servicios integrales (cubiertos por Medicare)	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa
	Servicios integrales (no cubiertos por Medicare)	0 % al 50 % del costo total <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los costos compartidos y las limitaciones de los beneficios</i>	0 % al 50 % del costo total <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los costos compartidos y las limitaciones de los beneficios</i>
	Máximo anual combinado	\$2,000 para servicios preventivos e integrales (no cubiertos por Medicare)	\$2,000 para servicios preventivos e integrales (no cubiertos por Medicare)
<b>Servicios oftalmológicos (esta sección continúa en la página siguiente)</b>	Examen ocular (cubierto por Medicare)	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
	Examen ocular de rutina (no cubierto por Medicare) Uno (1) por año	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita

<b>Beneficios</b>		<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Servicios oftalmológicos (continuación)</b>	Anteojos	<p>Máximo anual de \$300 para marcos o lentes de contacto</p> <p>Beneficio anual de \$100 en la Healthy Savings Card para exámenes oculares de rutina, lentes, marcos o lentes de contacto en ópticas registradas que aceptan Visa</p> <p>El máximo anual de \$100 en la Healthy Savings Card es un beneficio combinado para servicios oftalmológicos y de transporte</p>	<p>Máximo anual de \$300 para marcos, lentes y lentes de contacto</p> <p>Beneficio anual de \$100 en la Healthy Savings Card para exámenes oculares de rutina, lentes, marcos o lentes de contacto en ópticas registradas que aceptan Visa</p> <p>El máximo anual de \$100 en la Healthy Savings Card es un beneficio combinado para servicios oftalmológicos y de transporte</p>
<b>Servicios de salud mental</b> Sesiones individuales y grupales		<p>Copago de \$25 por visita</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>Copago de \$25 por visita</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>		<p>Usted paga lo siguiente por día, por ingreso:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$75</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requieren derivaciones</p>	<p>Usted paga lo siguiente por día, por ingreso:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$100</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requieren derivaciones</p>
<b>Terapia física (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) y terapia del habla y el lenguaje (Speech and Language Therapy, ST)</b>		<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requieren derivaciones</p>	<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p>Se requieren derivaciones</p>



<b>Beneficios</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Ambulancia</b>	<p>Copago de \$290 por transporte terrestre</p> <p>Copago de \$300 por transporte aéreo</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia</p>	<p>Copago de \$280 por transporte terrestre</p> <p>Copago de \$300 por transporte aéreo</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia</p>
<b>Transporte</b>	<p>Máximo anual de \$100 en su Healthy Savings Card para viajes médicos de ida a lugares aprobados por el plan</p> <p>El máximo anual de \$100 en la Healthy Savings Card es un beneficio combinado para servicios oftalmológicos y de transporte</p>	<p>Máximo anual de \$100 en su Healthy Savings Card para viajes médicos de ida a lugares aprobados por el plan</p> <p>El máximo anual de \$100 en la Healthy Savings Card es un beneficio combinado para servicios oftalmológicos y de transporte</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p>Copago de \$0 por insulina de la Parte B</p> <p>Usted paga entre el 0 y el 20 % del costo total de los medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Parte B y otros medicamentos Se requiere autorización previa</p>	<p>Copago de \$0 por insulina de la Parte B</p> <p>Usted paga entre el 0 y el 20 % del costo total de los medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Parte B y otros medicamentos Se requiere autorización previa</p>

## Medicamentos recetados

<b>Cobertura de medicamentos</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Deducible anual por medicamentos recetados (Parte D)</b>	\$0 para todos los niveles	\$0 para todos los niveles

<b>Cobertura inicial</b>	<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 \$0 por insulina para un suministro de un mes.</p>
--------------------------	--

### Tienda minorista estándar

<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO)</b>		<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO)</b>	
	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
<b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)</b>	\$30	\$60	\$30	\$60
<b>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)</b>	\$100	\$200	\$100	\$200
<b>Nivel 5 (medicamentos especializados)</b>	33 %	N/C*	33 %	N/C*

### Pedido por correo

<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
<b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)</b>	\$30	\$60	\$30	\$60
<b>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)</b>	\$100	\$200	\$100	\$200
<b>Nivel 5 (medicamentos especializados)</b>	33 %	N/C*	33 %	N/C*

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

<p><b>Etapa de brecha de cobertura</b></p>	<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 \$0 por insulina para un suministro de un mes.</p> <p>Para el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el Nivel 2 (medicamentos genéricos) solamente, el copago es de \$0 durante la etapa de brecha de cobertura.</p>
<p><b>Cobertura en casos de catástrofe</b></p>	<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>El costo de sus medicamentos será de \$0 para los medicamentos excluidos y los medicamentos de la Parte D que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</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 EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001	CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002
<b>Servicios de acupuntura y atención quiropráctica (no cubiertos por Medicare)</b>		Copago de \$0 por un máximo de 25 visitas por año (límite de visitas combinadas de acupuntura y quiropráctica)	Copago de \$0 por un máximo de 25 visitas por año (límite de visitas combinadas de acupuntura y quiropráctica)
<b>Acupuntura (cubierta por Medicare)</b>		Copago de \$0 por hasta 20 visitas por año para el dolor lumbar crónico	Copago de \$0 por hasta 20 visitas por año para el dolor lumbar crónico
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>		Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Recompensa por el examen físico y la visita de bienestar anual</b>		Recompensa de \$25 por una visita de bienestar o un examen físico anual	Recompensa de \$25 por una visita de bienestar o un examen físico anual
<b>Control de enfermedades (esta sección continúa en la página siguiente)</b>	Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0	Copago de \$0
	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	Copago de \$0	Copago de \$0

<b>Beneficios adicionales</b>		<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Control de enfermedades (continuación)</b>	Zapatos terapéuticos o plantillas	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b>	Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa
	Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>		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. <sup>1</sup>	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. <sup>1</sup>
<b>Servicios de podología</b>	Exámenes y tratamiento de los pies	Copago de \$0 Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
	Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare)	Copago de \$0 por visita por un máximo de 12 visitas por año	Copago de \$0 por visita por un máximo de 12 visitas por año

<sup>1</sup> 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.

<b>Beneficios adicionales</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001</b>	<b>CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002</b>
<b>Cuidado médico a domicilio</b>	Copago de \$0 Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	\$0 Usted no paga nada por el cuidado en centros de cuidados paliativos de cualquier centro aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y el cuidado de relevo. Original Medicare cubre los cuidados paliativos fuera de nuestro plan.	\$0 Usted no paga nada por el cuidado en centros de cuidados paliativos de cualquier centro aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y el cuidado de relevo. Original Medicare cubre los cuidados paliativos fuera de nuestro plan.
<b>Seguro contra robo de identidad</b>	\$0 Usted no paga nada por el monitoreo de identidad gratuito para miembros con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. No todos los miembros reúnen los requisitos. <sup>2</sup>	\$0 Usted no paga nada por el monitoreo de identidad gratuito para miembros con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. No todos los miembros reúnen los requisitos. <sup>2</sup>
<b>Servicios de tratamiento de opioides</b>	Copago de \$0 Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Copago de \$0 Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones

<sup>2</sup> Los beneficios de robo de identidad mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que reúnen los requisitos. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios al Miembro al 866-333-3530 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos. No todos los miembros reúnen los requisitos.

Beneficios adicionales	CCA MEDICARE EXCEL (HMO) San Joaquin, Stanislaus y Merced H1426-001	CCA MEDICARE EXCEL (HMO) Santa Clara H1426-002
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	Usted recibe una Healthy Savings Card de CCA con una asignación de \$120 que se cargan cada trimestre calendario (cada 3 meses); puede usar la tarjeta 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.	Usted recibe una Healthy Savings Card de CCA con una asignación de \$120 que se cargan cada trimestre calendario (cada 3 meses); puede usar la tarjeta 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.
<b>Diálisis renal</b>	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones	Usted paga el 20 % del costo total Se requiere autorización previa Se requieren derivaciones
<b>Cobertura mundial</b>	Copago de \$0 por servicios de emergencia Copago de \$0 por servicios de cuidados de urgencia Cubierto para cuidados de urgencia y del departamento de emergencias, hasta \$100,000 por año	Copago de \$0 por servicios de emergencia Copago de \$0 por servicios de cuidados de urgencia Cubierto para cuidados de urgencia y del departamento de emergencias, hasta \$100,000 por año

## Aviso de no discriminación

CCA Health California cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes 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. CCA Health California:

- 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 al Miembro.

Si cree que CCA Health California no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por motivo de su enfermedad, 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 el Coordinador de Derechos Civiles por correo postal:

CCA Health Plans of California, 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](mailto:civilrightscordinator@commonwealthcare.org)

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. A fin de obtener ayuda para comunicarse con el Coordinador de Derechos Civiles, llame a Servicios al Miembro.

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 reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o bien, por correo postal o teléfono al:

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 reclamos están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).



## Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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、1-866-333-3530 (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 ઊંચ તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-333-3530 (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, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-333-3530 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តល់សេវាដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-333-3530 (TTY 711)។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។