

Guía para sus beneficios del 2024

Notificación anual de cambios

El aviso adjunto ayudará a evaluar su cobertura actual y compararla con la que ofrecemos para el próximo año. Todos los cambios del plan indicados en el folleto tendrán lugar el 1 de enero del próximo año.



No se requiere ninguna acción por su parte.

El Periodo de Inscripción Anual (AEP) de Medicare comienza el 15 de octubre y finaliza el 7 de diciembre. Su inscripción se renovará automáticamente el 1 de diciembre.

Gracias por confiar su cobertura de Medicare a Clever Care Health Plan. Nos complace haber tenido la oportunidad de atender sus necesidades de bienestar este último año. Los planes que ofrecemos siguen honrando sus tradiciones, valores y necesidades culturales de salud.

Esperamos seguir contando con su membresía con Clever Care Health Plan.



Myong Lee (명 리)
Fundador y Director
Ejecutivo



Hiep Pham
Fundador y Director
Financiero de Mercado

Material importantes del plan

Para su conveniencia, Clever Care publica en nuestro sitio web los documentos que figuran a continuación y estarán disponibles el 15 de octubre.

Evidencia de Cobertura (EOC) – la EOC contiene información detallada sobre sus beneficios y costos de atención médica y medicamentos recetados.

es.clevercarehealthplan.com/eoc

Directorio de farmacias – encuentre farmacias locales dentro de la red.

es.clevercarehealthplan.com/pharmacy

Directorio de proveedores – busque en nuestro registro de proveedores de atención médica, incluyendo a médicos, especialistas y más.

es.clevercarehealthplan.com/provider

Formulario – contiene una lista de todos los medicamentos cubiertos, para que pueda hablar sobre las opciones de medicación con su doctor.

es.clevercarehealthplan.com/formulary

Asistencia personalizada en su idioma

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, una farmacia o un medicamento específico, o si desea que le enviemos por correo una copia de cualquiera de estos documentos, llame al Servicio de Atención al Cliente al (833) 388-8168 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., días laborables, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Clever Care Longevity (HMO) es ofrecido por Clever Care Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la Prima.***

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. También puede llamar a Servicios a los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
 - 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 atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está feliz con nuestro plan.

2. COMPARE: obtenga información sobre 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 de su manual *Medicare & You (Medicare y usted) 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y 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 en Clever Care Longevity.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Clever Care Longevity.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en chino, coreano, vietnamita y español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
- Esta información también está disponible en un formato diferente, que incluye letra grande, audio u otros formatos alternativos si lo necesita. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios a los miembros al número mencionado anteriormente.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and 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 Clever Care Longevity

- Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Clever Care Health Plan. Cuando dice “este plan” o “nuestro plan”, se refiere a Clever Care Longevity.

H7607_24_CM1372_M Accepted 09112023

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 2.5 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1 Si desea permanecer en Clever Care Longevity.....	15
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	18
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Clever Care.....	18
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Clever Care Longevity en varias 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 a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	\$1,700	\$1,700
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita
	Visitas de especialistas: \$0 por visita	Visitas de especialistas: \$0 por visita
Estancias de hospitalización	Usted paga \$0 de copago por estadía	Usted paga \$0 de copago por estadía
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$0	Deducible: \$0
	Copago/coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:	Copago/coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:
	Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago	Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago
	Nivel 2 de medicamentos: \$0 de copago	Nivel 2 de medicamentos: \$0 de copago

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	Nivel 3 de medicamentos: \$35 de copago Nivel 4 de medicamentos: \$99 de copago Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor entre 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 genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).	Nivel 3 de medicamentos: \$35 de copago Nivel 4 de medicamentos: \$99 de copago Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1.º de enero de 2024, el nombre del plan cambiará de Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) a Clever Care Longevity (HMO).

Todos los miembros recibirán una nueva tarjeta de identificación antes del 1.º de enero. Además del nuevo nombre del plan, la tarjeta contendrá los nuevos montos de copago para médicos, especialistas, sala de emergencias y atención de urgencia para 2024. El cambio de nombre no

afectará la forma en que usted utiliza nuestros beneficios ni las comunicaciones que se envíen a los miembros desde Clever Care Health Plan.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
Sección 2.5 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Sección 2.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$1,700</p>	<p style="text-align: center;">\$1,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$1,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. También puede llamar a Servicios a los miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, en cuyo caso, lo haremos en los tres días hábiles siguientes.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para conocer qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios a los miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios de acupuntura</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita para visitas de acupuntura ilimitadas dentro de la red hasta un máximo de \$3,000 por año.</p>	<p>\$0 de copago por visita para visitas de acupuntura ilimitadas dentro de la red hasta el máximo del plan de \$2,500 por año.</p>
<p>Centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por visita.</p>	<p>\$0 de copago por visita</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare 	<p>Usted paga \$20 de copago por visita.</p>	<p>\$0 de copago por visita</p>
<p>Costos compartidos reducidos por Covid-19</p>	<p>Usted paga \$0 cuando el servicio se relacione con el virus de la COVID-19, pruebas o tratamientos solicitados por un profesional autorizado. Incluye el tratamiento para la atención de emergencia en todo el mundo. En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta.</p>	<p>La exención de costo compartido reducido ya no está vigente debido a la finalización de la emergencia federal de salud pública.</p> <p>Las pruebas o los tratamientos relacionados con el virus de la Covid-19 estarán cubiertos cuando los solicite su médico de atención primaria (primary care physician, PCP) y de acuerdo con la tabla de beneficios.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicio dental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura PPO para servicios de rutina (preventivos e integrales) <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido por los servicios cubiertos hasta el máximo trimestral del plan. Usted puede ser responsable de los costos adicionales hasta el monto facturado por el proveedor.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago hasta el monto de la asignación.</p> <p>Este plan proporciona una asignación trimestral de \$625 a partir de la fecha de entrada en vigor (p. ej., 1.º de enero) y, luego, cada tres meses (1.º de abril, 1.º de julio y 1.º de octubre), sin exceder los \$2,500 para servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere.</p> <p>Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.</p> <p>Se requieren autorizaciones previas al tratamiento para coronas restauradoras y prostodoncia fija.</p>	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p> <p>Este plan proporciona una asignación trimestral de \$600 a partir de la fecha de entrada en vigor (p. ej., 1.º de enero) y, luego, cada tres meses (1.º de abril, 1.º de julio y 1.º de octubre), sin exceder los \$2,400 para servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere.</p> <p>Incluye implantes.</p> <p>Se requiere autorización previa para implantes, captura por tomografía computarizada (TC) de haz cónico, coronas restauradoras y prostodoncia fija.</p> <p>No incluye servicios de ortodoncia.</p>
<p>Radiología de diagnóstico</p>	<p>Usted paga \$0 para radiología básica.</p> <p>Usted paga \$75 para radiología de diagnóstico (resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones).</p>	<p>\$0 de copago por servicio</p>
<p>Sala de emergencias</p>	<p>Usted paga \$50 de copago por visita a una sala de emergencias.</p>	<p>\$75 de copago por visita</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios de Salud y Bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico • Artículos de Venta Libre (Over the Counter, OTC) • Suplementos de hierbas 	<p>Este plan le proveerá una asignación de \$300 a partir de su fecha de entrada en vigor (p. ej. 1.º de enero) y después, cada tres meses (p. ej., el 1.º de abril, el 1.º de julio y el 1.º de octubre) para gastar en actividades de acondicionamiento físico, artículos de venta libre cubiertos o suplementos de hierbas.</p>	<p>Este plan proporciona una asignación trimestral combinada de \$275 a partir de su fecha de entrada en vigor para gastar en actividades de acondicionamiento físico, artículos de venta libre cubiertos o suplementos de hierbas. Cualquier cantidad no utilizada de la asignación combinada, al final del trimestre, no se transferirá al siguiente trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos (audífonos) 	<p>Este plan cubre hasta \$1,500 por oído para audífonos cada año. Beneficio máximo de \$3,000. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p>	<p>Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año. Beneficio máximo de \$1,200.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización ambulatoria • Cirugía y observación ambulatoria 	<p>Usted paga \$20 por estancia.</p>	<p>\$0 de copago por estancia</p>
<p>Hospitalización parcial</p>	<p>Usted paga \$55 por estancia.</p>	<p>\$0 de copago por estancia</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Puede ser elegible para algunos o la totalidad de estos beneficios complementarios si se le ha diagnosticado una o más de las siguientes afecciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos.</p>	<p>Servicios de asistencia a domicilio Usted paga \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Se limitan a 40 horas por año.</p>
<p>Transporte No urgente</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 48 viajes de ida o vuelta para transportes no urgentes relacionados con la salud dentro de un radio de 25 millas cada año.</p>	<p>\$0 por 24 viajes de ida o vuelta a cualquier centro de salud aprobado por el plan que no brinde servicios de emergencia dentro de un radio de 25 millas cada año.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Atención de urgencia	Usted paga \$5 de copago por visita a un centro de atención de urgencia.	\$0 de copago por visita
Servicios de la visión	Usted paga de \$0 a \$20 de copago para un examen cubierto por Medicare.	Copago de \$0 para un examen cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes (cubiertos por Medicare) • Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) 	Usted recibe una asignación de \$300 para accesorios para la vista cada año.	Este plan ofrece una asignación anual de \$200 para accesorios para la vista, cada año.

Sección 2.5 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” electrónicamente. Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir eliminación o incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los fármacos que la FDA considera inseguros o que un fabricante de productos retira 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 su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios a los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un suplemento separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este suplemento antes del 30 de septiembre, llame a Servicios a los miembros y solicite la “LIS Rider” (Cláusula adicional LIS).

Existen 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 alcanzan las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. No hay deducible para insulinas seleccionadas. Usted paga de \$0 a \$35 por un suministro para un mes de insulinas seleccionadas.	Debido a que no tenemos 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)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</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 \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Usted paga \$99 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos complementarios Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Ahorros para adultos mayores en insulinas seleccionadas: Usted paga \$0-\$35 por insulinas seleccionadas</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 \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Usted paga \$99 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos complementarios Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Ahorros para adultos mayores en insulinas seleccionadas: Este programa ya no se ofrece, pero nunca pagará más de \$35 para insulina.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días)</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,600,</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030,</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en las Etapas del período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa del período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si desea permanecer en Clever Care Longevity

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en este plan.

Sección 3.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN* Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea 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 y usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe hacer uno de los siguientes:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios a los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O bien* comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Hay otros momentos en el año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Algunos ejemplos incluyen personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus

medicamentos, aquellas que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 y no le gusta 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.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede obtener más información sobre el HICAP visitando su sitio web: Aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período sin 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 siete 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; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y de estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) de California. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días festivos).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Clever Care

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios a los miembros al **1-833-388-8168** (solo para TTY, llame al **711**). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para más detalles, busque en la *Evidencia de cobertura de 2024* para Clever Care Longevity. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. También puede llamar a Servicios a los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. 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 (*Formulario*).

Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

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

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía 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.



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan Inc. (en lo sucesivo, Clever Care) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Clever Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de signos.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711).

Si cree que Clever Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja ante:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

Correo electrónico: civilrightscoordinator@cmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

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 (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español (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 (833) 388-8168 (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 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。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 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。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 (833) 388-8168 (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 (833) 388-8168 (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 (833) 808-8163 (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 (833) 388-8168 (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 (833) 808-8164 (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 (833) 388-8168 (TTY: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 (833) 388-8168 (TTY: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 (833) 388-8168 (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 (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 (833) 388-8168 (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 (833) 388-8168 (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 (833) 388-8168 (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、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามที่คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือยาของเรา หากคุณต้องการล่ามแปลภาษาไทย เพียงโทรหาเราที่ (833) 388-8168 (TTY:711) บุคคลที่พูดภาษาอังกฤษสามารถช่วยคุณได้ นี่คือการบริการฟรี



Enrollment Department
7711 Center Ave | Suite 100
Huntington Beach CA 92647



Su salud + su cultura