## *Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) es ofrecido por Clever Care Health Plan, Inc.*

# Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Clever Care Fortune 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 clevercarehealthlplan.com. También puede llamar a Servicio al Cliente 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 2023 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 y usted 2023*.

☐ 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 2022, permanecerá en Clever Care Fortune Medicare Advantage.
    - 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 2023.** Esto finalizará su inscripción en Clever Care Fortune Medicare Advantage.
    - 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, jemer, coreano, vietnamita y español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente 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 Servicio al Cliente 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.

## Sobre Clever Care Fortune Medicare Advantage

- Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO 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 “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Clever Care Fortune Medicare Advantage.

H7607_23_CM1314_M Accepted 09042022

# *Aviso anual de cambios* para 2023
# Índice

**Resumen de costos importantes para 2023 ..... 4**

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año ..... 6**

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual ..... 6

Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo ..... 6

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias ..... 7

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 ..... 14

**SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir ..... 17**

Sección 2.1 Si desea permanecer en Clever Care Fortune Medicare Advantage ..... 18

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan ..... 18

**SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan ..... 19**

**SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 19**

**SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados ... 20**

**SECCIÓN 6 ¿Preguntas? ..... 20**

Sección 6.1 Cómo obtener ayuda de Clever Care Fortune Medicare Advantage ..... 20

Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 21

## Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Clever Care Fortune Medicare Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos**.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan*** *Su prima puede ser mayor a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles. | $0 | $0 |
| **Monto máximo de gastos de bolsillo** Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles). | $888 | $1,000 |
| **Visitas al consultorio del médico** | Visitas de atención primaria: $0 por visita Visitas de especialistas: $0 por visita | Visitas de atención primaria: $0 por visita Visitas de especialistas: $0 por visita |
| **Estancias de hospitalización** | Usted paga $0 de copago por estadía | Usted paga $150 de copago para los días 1 a 5; usted paga $0 de copago para los días 6 a 90 |
| **Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D** (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). | Deducible: $0<br><br>Copago/coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Nivel 1 de medicamentos: $0 de copago<br>Nivel 2 de medicamentos: $0 de copago<br>Nivel 3 de medicamentos: $35 de copago<br>Nivel 4 de medicamentos: $99 de copago | Deducible: $0<br><br>Copago/coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Nivel 1 de medicamentos: $0 de copago<br>Nivel 2 de medicamentos: $0 de copago<br>Nivel 3 de medicamentos: $35 de copago<br>Nivel 4 de medicamentos: $99 de copago |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro<br>Nivel 6 de medicamentos: $0 de copago | Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro<br>Nivel 6 de medicamentos: $0 de copago |
| **Modelo Senior Savings de la Parte D Insulinas Seleccionadas**<br><br>Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en formato electrónico. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a servicio al cliente. (Los números de teléfono de servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). | Usted paga $0 de copago por la insulina de menor costo<br><br>Usted paga $35 de copago por la insulina de mayor costo | Usted paga $0 de copago por la insulina de menor costo<br><br>Usted paga $35 de copago por la insulina de mayor costo |

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

## Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(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 1.2 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 | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Monto máximo de gastos de bolsillo**<br><br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. | $888 | $1,000<br><br>Una vez que haya pagado $1,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario. |

## Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacia, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 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 2023 para conocer qué farmacias están en nuestra red**.

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

## Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Atención de salud mental hospitalaria** | Usted paga $150 de copago por día para los días 1 a 7, usted paga $0 de copago por días 8 a 90, por admisión. | Usted paga $175 de copago por día para los días 1 a 7, usted paga $0 de copago para los días 8 a 90, por admisión. |
| **Centro de enfermería especializada** | Usted paga $0 de copago por día para los días 1 a 20.<br><br>Usted paga $188 de copago por día para los días 21 a 100. | Usted paga $0 de copago por día para los días 1 a 20.<br><br>Usted paga $180 de copago por día para los días 21 a 100. |
| **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios** | Usted paga $30 por servicios de rehabilitación pulmonar. | Usted paga $20 por servicios de rehabilitación pulmonar. |
| **Atención de emergencia** | Usted paga $88 de copago por cada visita a la sala de emergencias. | Usted paga $90 de copago por cada visita a la sala de emergencias. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Atención de urgencia** | Usted paga $5 de copago por cada visita a un centro de atención de urgencia. | Usted paga $20 de copago por cada visita a un centro de atención de urgencia. |
| **Cobertura mundial** | Usted paga $0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.<br>Usted paga $0 de copago por cada visita a un centro de atención de urgencia.<br>Usted paga $0 de copago por cada traslado en ambulancia.<br>$68,000 de límite anual para atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios | Usted paga $0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.<br>Usted paga $0 de copago por cada visita a un centro de atención de urgencia.<br>Usted paga $0 de copago por cada traslado, terrestre o aéreo, en ambulancia.<br>$50,000 de límite anual para atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. |
| **Servicios radiológicos de diagnóstico** | Usted paga $25 de copago por cada tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones (TEP).<br>Usted paga $0 de copago para toda otra radiología de diagnóstico. | Usted paga $175 de copago por cada tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones (TEP).<br>Usted paga $0 de copago para toda otra radiología de diagnóstico. |
| **Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios** | Usted paga $88 de copago por cada estadía para cirugía ambulatoria.<br>Usted paga $88 de copago por servicios de observación.<br>Usted paga $88 de copago por cada servicio en un centro de cirugía ambulatoria. | Usted paga $100 de copago por cada estadía para cirugía ambulatoria.<br>Usted paga $100 de copago por servicios de observación.<br>Usted paga $75 de copago por cada servicio en un centro de cirugía ambulatoria. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Ambulancia** | Usted paga $88 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre.<br>Usted paga un 20 % de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea. | Usted paga $150 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre.<br>Usted paga un 20 % de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea. |
| **Servicios de acupuntura** | Copago de $0 por visita para servicios ***ilimitados*** de visitas de acupuntura dentro de la red.<br>Este plan ofrece un máximo de **12 servicios de bienestar** por año calendario. $0 de copago por visita hasta el máximo de visita y duración permitida.<br>**Servicios de bienestar orientales**<br>• Cupping/Moxa<br>• Tui Na<br>• Gua Sha<br>• Med-X<br>• Reflexology<br>Terapia infrarroja, si se usa como servicio complementario, no se tiene en cuenta en el límite de 12 visitas. | Copago de $0 por visita para servicios ilimitados de visitas de acupuntura dentro de la red hasta un máximo de $2,500 por año.<br>Este plan ofrece un máximo de **18 servicios de bienestar** por año calendario. Usted paga $0 de copago por visita hasta el máximo de visitas permitidas.<br>**Servicios de bienestar orientales**<br>• Cupping/Moxa<br>• Tui Na<br>• Gua Sha<br>• Med-X<br>• Reflexology |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de Salud y Bienestar** | Este plan le proveerá una asignación de $100 cada 3 meses (el 1.° de enero, el 1.° de abril, el 1.° de julio y el 1.° de octubre) para gastar en actividades de acondicionamiento físico, artículos de venta libre cubiertos o suplementos de hierbas.<br><br>Copago de $0 hasta el monto de la asignación para su elección de servicios calificados. Después de los beneficios pagados por el plan de actividades de acondicionamiento físico, artículos OTC cubiertos, o suplementos de hierbas, usted es responsable de los costos remanentes.<br><br>Cualquier monto no utilizado al final del período de 3 meses vencerá. | Copago de $0 hasta el monto de la asignación para su elección de servicios de acondicionamiento físico.<br><br>Este plan le proveerá una asignación de $550 a partir de su fecha de entrada en vigor (p. ej. el 1.° de enero) y después, cada tres meses (p. ej., el 1.° de abril, el 1.° de julio y el 1.° de octubre) para gastar en actividades de acondicionamiento físico.<br><br>Después de los beneficios pagados por el plan para actividades de acondicionamiento físico, usted es responsable de los costos remanentes. Cualquier monto no utilizado al final de cada período de 3 meses vencerá. No se puede cambiar por dinero en efectivo.<br><br>Los artículos de venta libre (OTC) y los suplementos de hierbas no están cubiertos. |
| **Comidas posteriores al alta hospitalaria** | No cubierto | $0 de copago para tres comidas por día durante 28 días, sin exceder las 84 comidas por año.<br><br>Este beneficio se ofrece después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).<br><br>El beneficio no está disponible después de una visita de cirugía ambulatoria. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Línea de enfermería disponible las 24 horas** | No cubierto | $0 de copago por llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. |
| **Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)** | No cubierto | $0 de copago por un dispositivo. |
| **Visita de Telesalud** | No cubierto | $0 de copago por una visita médica virtual a través de la red de proveedores de Teladoc.<br>20 % de coseguro por una visita de salud mental virtual a través de la red de proveedores de Teladoc. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios dentales**<br>• Cobertura PPO para servicios preventivos e integrales | Usted paga $0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación.<br>Este plan proporciona una asignación anual de $1,000 cada seis meses (el 1.º de enero y el 1.º de julio) para servicios preventivos e integrales, excluidos los implantes dentales.<br>Los montos no utilizados al final del primer período de 6 meses se transfieren al siguiente período de 6 meses y vencen al final del año.<br>Puede visitar a cualquier dentista de su elección. Sin embargo, los costos de bolsillo de los miembros pueden ser menores cuando utiliza proveedores dentro de la red.<br>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos remanentes. | Usted paga $0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación.<br>Este plan le provee una asignación de $375 a partir de la fecha de entrada en vigor (p. ej., 1.° de enero) y luego cada tres meses (p. ej., 1.° de abril, 1.° de julio y 1.° de octubre) que no exceda los $1,500 para servicios preventivos e integrales. Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.<br>Cualquier monto no utilizado al final de cada período de tres meses se transferirá y vencerá al final del año.<br>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos remanentes.<br>Puede visitar a cualquier dentista de su elección. Sin embargo, sus costos de bolsillo pueden ser menores cuando utiliza proveedores dentro de la red. Usted puede ser responsable de la diferencia entre los montos permitidos y facturados si utiliza un proveedor fuera de la red.<br>Para las coronas restauradoras y las prótesis dentales fijas se requieren autorizaciones antes del tratamiento |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de la visión**<br>• Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) | Usted recibe una asignación de $480 para anteojos cada dos años. | Usted recibe una asignación de $240 para anteojos cada año. |
| **Servicios de Audición**<br>• Exámenes, ajustes y dispositivo(s) auditivo(s) | No mencionado | Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de dispositivos auditivos perdidos, robados o dañados. |
| **Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos**<br>Las personas con las siguientes afecciones crónicas pueden ser elegibles para recibir beneficios suplementarios adicionales.<br>• Trastornos cardiovasculares<br>• Insuficiencia cardiaca crónica<br>• Demencia<br>• Diabetes<br>• Enfermedad hepática en etapa terminal<br>• Enfermedad renal en etapa terminal<br>• VIH/sida<br>• Trastornos pulmonares crónicos<br>• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes<br>• Trastornos neurológicos<br>• Accidente cerebrovascular<br><br>Estos beneficios son para miembros elegibles que deben participar en nuestro programa de gestión de casos y adherirse a actividades con objetivos definidos y medidas de resultado. | <u>Beneficio de comida</u><br>$0 de copago para los miembros que califican y son elegibles para la entrega de comidas a domicilio hasta 28 días por año después de una hospitalización. | <u>Comidas para Afecciones Crónicas</u><br>Usted paga $0 de copago por hasta 42 comidas (3 comidas por día durante 14 días) para los miembros que califican. |

## 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 Vademécum o "Lista de medicamentos". Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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 Servicio al Cliente 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 inserto 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 inserto antes del 30 de septiembre, llame a Servicio al Cliente y solicite la "LIS Rider" (Cláusula 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 en situación catastrófica).

## Cambios en la etapa de deducible

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa de deducible anual** | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.<br><br>No hay deducible para Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) en cuánto a insulinas seleccionadas. Usted paga de $0 a $35 por insulinas seleccionadas | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.<br><br>Clever Care no tiene deducible para insulinas seleccionadas. Usted paga de $0 a $35 por un suministro para un mes de insulinas seleccionadas. |

**Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial**
Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2022 a 2023.

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**<br>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**<br><br>Para 2022, los medicamentos cubiertos del Nivel 6 incluyeron Viagra genérico. Para 2023, los medicamentos cubiertos del Nivel 6 incluirán Viagra genérico más vitaminas recetadas y medicamentos para la tos. | Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:<br><br>**Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**<br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Nivel 2: Medicamentos genéricos**<br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**<br>Usted paga $35 por receta.<br><br>**Nivel 4: Marca no preferida**<br>Usted paga $99 por receta.<br><br>**Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad**<br>Usted paga el 33 % del costo total.<br><br>**Nivel 6: Medicamentos complementarios**<br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Ahorros para adultos mayores en insulinas seleccionadas:**<br>Usted paga de $0 a $35 por insulinas seleccionadas<br><br>Las recetas a largo plazo se surtieron para un suministro de 90 días. | Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:<br><br>**Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**<br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Nivel 2: Medicamentos genéricos**<br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**<br>Usted paga $35 por receta.<br><br>**Nivel 4: Marca no preferida**<br>Usted paga $99 por receta.<br><br>**Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad**<br>Usted paga el 33 % del costo total.<br><br>**Nivel 6: Medicamentos complementarios**<br>Usted paga $0 por receta.<br><br>**Ahorros para adultos mayores en insulinas seleccionadas:**<br>Usted paga de $0 a $35 por insulinas seleccionadas<br><br>Las recetas a largo plazo se surtirán para un suministro de 100 días. |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)**<br>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar.<br>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 *Evidencia de Cobertura*.<br><br>Clever Care ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de bolsillo por insulinas seleccionadas serán de $0 a $35 de copago para las insulinas seleccionadas por un suministro de un mes.<br><br>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. | Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los $4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura). | Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los $4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura). |

**Aviso importante sobre el pago de las vacunas**: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Servicio de Clientes para obtener más información.

**Aviso importante sobre el pago de la insulina**: no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa en qué nivel de costo compartido se encuentre. Algunas insulinas selectas tendrán un copago de $0. Llame al Servicio de Clientes para obtener más información.

# SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

## Sección 2.1 Si desea permanecer en Clever Care Fortune Medicare Advantage

**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 le inscribirá automáticamente en Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO).

## Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerle como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2023, 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 2023*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

### Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción de Clever Care Fortune Medicare Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción de Clever Care Fortune Medicare Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe hacer uno de los siguientes:
    - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 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 pedir que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 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 2023.

### ¿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 2023 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 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u 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 4 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 5 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 con receta. 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 con receta, 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 por 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 (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 el costo compartido 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 6 ¿Preguntas?

### Sección 6.1 Cómo obtener ayuda de Clever Care Fortune Medicare Advantage

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente 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 2023* (la misma 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 2023. Para más detalles, busque en las *Evidencias de Cobertura de 2023* para Clever Care Fortune Medicare Advantage. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

### 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 (Vademécum/Lista de medicamentos).

## Sección 6.2 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). El mismo 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 2023*

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a personas con 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.