

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

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Clever Care Value (HMO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 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, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” de Medicare.
- 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)* 2025. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 2024, permanecerá en Clever Care Value.
- 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° de enero de 2025**. Esto pondrá fin a su inscripción en Clever Care Value.
- Si se mudó hace poco o vive actualmente en 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. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

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 (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 7 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 llamada es gratuita.
- 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 Value

- 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 “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Clever Care Value.

H7607_25_CM1329_M Aceptado 09032024

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.5 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1 Si desea permanecer en Clever Care Value	16
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	19
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Clever Care.....	19
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Clever Care Value en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (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
Reducción de la prima de la Parte B	\$130	\$110 (LA y Orange) \$105 (San Diego, San Bernardino y Riverside)
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 1.2 para obtener más detalles).	\$2,900	\$2,900
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas de especialistas: \$10 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas de especialistas: \$5 por visita
Estancias de hospitalización	Usted paga un copago de \$120 para los días 1 a 5; usted paga un copago de \$0 para los días 6 a 90.	Usted paga un copago de \$100 para los días 1 a 5; usted paga un copago de \$0 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	Deducible: \$0

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:	Copago o 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: \$10 de copago	Nivel 2 de medicamentos: \$5 de copago
	Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago	Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago
	Nivel 4 de medicamentos: \$99 de copago	Nivel 4 de medicamentos: \$99 de copago
	Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro	Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro
	Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago	Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago
	Cobertura catastrófica: <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. • Usted no paga nada. 	Cobertura catastrófica: <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	\$130	\$110 (LA y Orange) \$105 (San Diego, San Bernardino y Riverside)

- 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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.	\$2,900	\$2,900 Una vez que haya pagado \$2,900 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 montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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 2025* es.clevercarehealthplan.com/provider 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 2025* es.clevercarehealthplan.com/pharmacy 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 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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de acupuntura (de rutina)	\$0 de copago por visita para visitas de acupuntura ilimitadas dentro de la red hasta el máximo del plan de \$1,200 por año.	\$0 de copago por visita para visitas de acupuntura ilimitadas dentro de la red hasta el máximo del plan de \$1,000 por año.
Ambulancia: terrestre	\$150 de copago por viaje (por tramo)	\$200 de copago por viaje (por tramo)
Servicios de quiropráctica Cubierto por Medicare	\$0 de copago por visita	\$5 de copago por visita
Sala de emergencias	\$110 de copago por visita	\$125 de copago por visita \$0 si es admitido dentro de las 72 horas.
Servicios de salud y bienestar (tarjeta Flex) <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico • Artículos de Venta Libre (Over the Counter, OTC) • Suplementos de hierbas 	<p>Este plan proporciona una asignación trimestral combinada de \$100, a partir de la fecha de entrada en vigor, para gastar en actividades de acondicionamiento físico, artículos de venta libre cubiertos o suplementos de hierbas.</p> <p>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>Este plan proporciona una asignación trimestral combinada de \$50, a partir de su fecha de entrada en vigor, para gastar en artículos de venta libre cubiertos (p. ej., audífonos, pruebas de Covid-19, naloxona, terapia de reemplazo de nicotina), actividades de acondicionamiento físico o suplementos de hierbas.</p> <p>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>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Hospitalización	\$120 para los días 1 a 5; \$0 para los días 6 a 90	\$100 para los días 1 a 5; \$0 para los días 6 a 90
Cirugía ambulatoria, servicios hospitalarios y centro de cirugía ambulatoria	\$0 de copago por servicio	\$75 de copago por servicio
Medicamentos recetados de la Parte B <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="217 705 610 779">• Insulina <li data-bbox="217 821 610 926">• Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B 	0 % de coseguro, hasta un máximo de \$35 20 % de coseguro	Entre el 0 % y el 20 % de coseguro hasta un máximo de \$35 Entre el 0 % y el 20 % de coseguro
Podología Cubierto por Medicare	\$0 de copago por visita	\$5 de copago por visita
Médico de atención especializada	\$10 de copago por visita	\$5 de copago por visita
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: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="217 1619 610 1692">• Trastornos autoinmunitarios <li data-bbox="217 1692 610 1734">• Cáncer <li data-bbox="217 1734 610 1797">• Trastornos cardiovasculares <li data-bbox="217 1797 610 1871">• Dependencia crónica de alcohol o drogas 	Comestibles (alimentos saludables) \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente. Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 14 días; sin exceder las 42 comidas al año para los miembros que califiquen. Servicio de telemonitorización	Alimentos y productos agrícolas (comestibles) \$0 de copago para alimentos saludables elegibles con una asignación de \$25 por mes. El saldo restante no se transfiere al mes siguiente. Comidas para afecciones crónicas No ofrecida Servicio de telemonitorización No ofrecida Evaluación de seguridad en el hogar No ofrecida

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardiaca crónica • Enfermedades pulmonares crónicas • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p>	<p>\$0 de copago por un dispositivo para controlar datos médicos y otros datos de la salud.</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones al año.</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>Beneficios de necesidades sociales \$0 de copago por servicios de compañía de cuidadores personales no clínicos. Los servicios se limitan a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total).</p> <p>Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidados de relevo. Limitado a 40 horas anuales.</p>	<p>Servicios de asistencia a domicilio No ofrecida</p> <p>Beneficios de necesidades sociales No ofrecida</p> <p>Asistencia para los cuidadores No ofrecida</p> <p>Se requiere autorización previa y confirmación de una afección que califica por parte de su PCP antes de que se puedan utilizar los beneficios de SSBCI.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>\$0 para los días 1 a 20; \$188 para los días 21 a 100</p>	<p>\$0 para los días 1 a 20; \$214 para los días 21 a 100</p>
<p>Transporte No urgente</p>	<p>\$0 por 16 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>	<p>\$0 por 16 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 30 millas cada año.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cobertura mundial	Hay un límite anual de \$50,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Hay un límite anual de \$55,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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 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, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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 y las prestaciones 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*”.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuento para el Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. En virtud del Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Usted paga \$47 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> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura). <i>O BIEN</i>, si pagó \$8,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Usted paga \$99 por receta.</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>
<p>Costo compartido estándar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venta minorista y pedido por correo 	<p>Cubierto por un suministro para un mes o tres meses</p>	<p>Cubierto por un suministro para un mes, dos meses o tres meses</p>

Cambios en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La **etapa de cobertura en situaciones catastróficas** es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>No corresponde</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al (833) 388-8168 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si desea permanecer en Clever Care Value

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 2025, 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 1.1 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 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese 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.
 - *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 vigor el 1.º de enero de 2025.

¿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 2025 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 2025.

Si se mudó hace poco o vive actualmente en 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. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (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 una multa por inscripción tardía. Para ver si reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A su oficina estatal de Medicaid.
- **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. Para poder ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado 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, o si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días festivos). Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y ADAP, para aquellos

que califican, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al **(833) 388-8168** o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Clever Care

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios a los miembros al **(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 7 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 de 2025* (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 2025. Para más detalles, busque en la *Evidencia de cobertura de 2025* para Clever Care Value. 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* (*Vademécum/Lista de medicamentos*).

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 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. 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.