

Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) ofrecido por Clever Care Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

En la actualidad, está inscrito como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage. El año próximo, habrá algunos cambios a los beneficios y costos del plan. Este folleto describe los *cambios*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer 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 saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondiente a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros de control) en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de

medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense acerca de los costos generales de atención de la salud.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

- 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 2021, será inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage.
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, será inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en chino, jemer, coreano, vietnamita y español.
- Comuníquese con nuestro número del Servicio de Atención 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 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., los días de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los mensajes que se reciban durante feriados o fuera del horario de atención se contestarán dentro del plazo de un día hábil.
- Esta información también se encuentra disponible en otro formato, como letra grande, audio u otro formato alternativo, si lo necesita. Si necesita la información del plan en otro formato, llame al Servicio de Atención al Cliente al número que se indica anteriormente.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente (Patient Protection Act) y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Clever Care Balance Medicare Advantage

- Clever Care Health Plan, Inc. es un plan de Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Clever Care Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Clever Care Balance Medicare Advantage.

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2021 y 2022 para Clever Care Balance Medicare Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en clevercarehealthplan.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar que se la enviemos por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$31.50	\$33.20
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$7,550	\$5,999
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por cada consulta Consultas a especialistas: \$0 por cada consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por cada consulta Consultas a especialistas: \$0 por cada consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Los siguientes son montos establecidos por Medicare para 2021.</p> <p>Deducible de \$1,484 por período de beneficios. Copago de \$0 por día para los días 1 a 60, por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$371 por día para los días 61 a 90, por período de beneficios.</p> <p>Sin límite de días</p>	<p>Los siguientes son montos establecidos por Medicare para 2021. Estos montos pueden cambiar para 2022. Clever Care proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.</p> <p>Deducible de \$1,484 por período de beneficios. Copago de \$0 por día para los días 1 a 60, por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$371 por día para los días 61 a 90, por período de beneficios.</p> <p>Sin límite de días</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copago/coseguro aplicable durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: coseguro del 0% • Medicamentos del Nivel 2: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 3: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 4: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 5: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 6: copago de \$10 	<p>Deducible: \$480</p> <p>Copago/coseguro aplicable durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: copago de \$0 • Medicamentos del Nivel 2: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 3: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 4: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 5: coseguro del 25% • Medicamentos del Nivel 6: copago de \$0

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Modelo de ahorro de la Parte D para personas mayores Determinadas insulinas</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son determinadas insulinas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de Atención al Cliente. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en el reverso de este folleto).</p>	No se ofrece.	<p>Copago de \$0 por la insulina de menor costo</p> <p>Copago de \$35 por la insulina de mayor costo.</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	3
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	21
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage	21
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	22
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 6 Preguntas	23
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Clever Care Balance Medicare Advantage.....	23
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	24

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$31.50	\$33.20

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$7,550	\$5,999
Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$5,999 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.
La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, clevercarehealthplan.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. *En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.*

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en clevercarehealthplan.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el año próximo. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Atención hospitalaria para pacientes internados	Los siguientes son montos establecidos por Medicare para 2021.	Los siguientes son montos establecidos por Medicare para 2021. Estos montos pueden cambiar para 2022.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
	<p>Deducible de \$1,484 por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 60, por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$371 por día para los días 61 a 90, por período de beneficios.</p> <p>Sin límite de días</p>	<p>Clever Care proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.</p> <p>Deducible de \$1,484 por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 60, por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$371 por día para los días 61 a 90, por período de beneficios.</p> <p>Sin límite de días</p>
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por cada visita a una sala de emergencias.	Usted paga un copago de \$50 por cada visita a una sala de emergencias.
Cuidados de urgencia	Usted paga un copago de \$20 por cada visita a un centro de atención de urgencia.	Usted paga un copago de \$25 por cada visita a un centro de atención de urgencia.
Cobertura en todo el mundo	<p>Usted paga un copago de \$120 por cada visita a una sala de emergencias.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita a un centro de atención de urgencia.</p> <p>Usted paga un copago de \$225 por cada traslado en ambulancia.</p> <p>Límite anual de \$25,000 para atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita a una sala de emergencias.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un centro de atención de urgencia.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada traslado en ambulancia.</p> <p>Límite anual de \$100,000 para atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
	fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
Centro de atención de enfermería especializada	<p>Los siguientes son montos establecidos por Medicare para 2021.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20, por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$185.50 por día para los días 21 a 100, por período de beneficios.</p> <p>Todos los costos por día después del día 100, dentro del período de beneficios.</p>	<p>Los siguientes son montos establecidos por Medicare para 2021. Estos montos pueden cambiar para 2022. Clever Care proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20, por período de beneficios.</p> <p>Copago de \$185.50 por día para los días 21 a 100, por período de beneficios.</p> <p>Todos los costos por día después del día 100, dentro del período de beneficios.</p>
Transporte (que no sea de emergencia)	No cubiertos	Usted paga \$0 por 48 viajes de ida o vuelta al año para trasladarse por razones de salud que no sean de emergencia en un radio de 25 millas.
Suministros y servicios para diabéticos	Este plan cubre un monitor de glucosa en sangre por año calendario y un suministro para 30 días de hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas adquiridos en una farmacia minorista, o un suministro para 90 días de hasta 300 tiras reactivas y 300 lancetas, adquirido mediante pedido por correo.	<p>Este plan cubre un monitor de glucosa en sangre por año calendario y un suministro para 30 días de hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas adquiridos en una farmacia minorista, o un suministro para 90 días de hasta 300 tiras reactivas y 300 lancetas, adquirido mediante pedido por correo.</p> <p>O 1 monitor continuo de glucosa con tres sensores por mes, sin exceder los 40 sensores por año.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos (marcos, lentes o lentes de contacto) 	<p>Usted recibe una asignación de \$300 para anteojos cada dos años.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$300 para anteojos cada año.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales preventivos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales hasta el monto de asignación.</p> <p>Este plan proporciona una asignación trimestral de \$400 que se puede utilizar para pagar servicios dentales adicionales.</p> <p>Debe atenderse con un médico de la red Liberty Dental.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes.</p> <p>Todo monto no utilizado al final de un trimestre se transferirá al trimestre siguiente. Todo monto no utilizado al final del año calendario caducará.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 hasta el monto de asignación.</p> <p>El plan proporciona una asignación de \$1,250 cada seis meses (el 1 de enero y el 1 de julio) que usted puede usar para pagar servicios preventivos e integrales, sin incluir implantes dentales.</p> <p>Los montos no utilizados al final del primer período de 6 meses se transferirán al segundo período de 6 meses y caducarán al finalizar el año.</p> <p>Puede consultar a cualquier dentista de su preferencia. Pero si acude a un proveedor de la red, los costos que paga de su bolsillo pueden ser más bajos.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes.</p>
<p>Servicios de salud y bienestar</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por clases virtuales de taichí o clases presenciales con instructores o en</p>	

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
	<p>establecimientos contratados. Hay videos disponibles para la descarga.</p>	<p>Asignación flexible para gastos de salud y bienestar. Vea los detalles abajo.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p>Copago de \$0 hasta el monto de asignación.</p> <p>Este plan proporciona una asignación de \$45 por trimestre para gastar en artículos OTC cubiertos.</p>	<p>Este plan proporcionará una asignación de \$300 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 (over the counter, OTC) cubiertos o suplementos herbarios.</p>
<p>Asignación para suplementos herbarios</p>	<p>Copago de \$0 cuando se adquieren en el consultorio de un acupunturista de la red o llamando a Clever Care, hasta el monto de asignación.</p> <p>Este plan proporciona una asignación de \$50 por trimestre para gastar en suplementos herbarios que se ofrecen en la lista de Clever Care.</p>	<p>Copago de \$0 hasta el monto de asignación en servicios de su preferencia que cumplan los requisitos.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para actividades de acondicionamiento físico, artículos OTC cubiertos y suplementos herbarios, usted es responsable de los costos restantes.</p> <p>Todo monto no utilizado al final del período de 3 meses caducará.</p>
<p>Servicios de medicina oriental para el bienestar</p>	<p>Nuestro plan incluye un total de 12 consultas por año para tratamientos terapéuticos orientales que incluyan alguno, o una combinación, de los siguientes servicios de un acupunturista contratado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventosas/moxibustión • MedX • Tui Na 	<p>Nuestro plan incluye un total de 24 consultas por año para tratamientos terapéuticos orientales que incluyan alguno, o una combinación, de los siguientes servicios de un acupunturista contratado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventosas/moxibustión • MedX • Tui Na • Gua Sha/IASTM

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Servicios de medicina oriental para el bienestar (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Gua Sha/IASTM • Reflexología • Terapia con luz infrarroja: si es un servicio complementario, no se considerará para el límite de 12 consultas <p>Cada consulta para recibir servicios de bienestar no puede durar más de 30 minutos.</p> <p>Copago de \$0 por consulta hasta el máximo permitido de 12 consultas de 30 minutos de duración con un acupunturista contratado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexología • Terapia con luz infrarroja: si es un servicio complementario, no se considerará para el límite de 24 consultas <p>Cada consulta para recibir servicios de bienestar no puede durar más de 30 minutos.</p> <p>Copago de \$0 por consulta hasta el máximo permitido de 24 consultas de 30 minutos de duración con un acupunturista contratado.</p>
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas	<p>No cubiertos</p>	<p>Las personas que tienen las siguientes enfermedades crónicas pueden ser elegibles para recibir beneficios complementarios adicionales si participan en el Programa de administración del cuidado de la salud del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
		<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular <p><u>Beneficio de comidas</u></p> <p>Copago de \$0 para miembros que cumplan los requisitos y sean elegibles para la entrega a domicilio de 84 comidas por año luego de una hospitalización.</p> <p><u>Comestibles</u></p> <p>\$0 de copago para artículos comestibles elegibles con un límite de \$25. Los participantes elegibles del programa que puedan prepararse sus comidas pueden optar por recibir una asignación mensual para la compra de alimentos y bebidas elegibles en tiendas minoristas participantes. Todo monto no utilizado al final del mes caducará.</p> <p><u>Beneficios para necesidades sociales</u></p> <p>Copago de \$0 por servicios de compañía prestados por cuidadores personales no clínicos a través del proveedor contratado por el plan. Los servicios se limitan a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total).</p> <p><u>Servicios de telemonitoreo</u></p> <p>Copago de \$0 por el uso de servicios de monitoreo remoto. Depende de la participación del miembro en Programas de administración del cuidado de</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
		<p>la salud y en actividades con metas definidas y medición de resultados.</p> <p><u>Servicios de apoyo en el hogar</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios recibidos después de ser dado de alta en un hospital o centro de enfermería especializada, servicios de relevo en un hospicio, o servicios para ayudar a enfermos crónicos con las actividades de la vida diaria (como hacer tareas domésticas livianas, vestirse o hacer trabajos livianos de jardinería), la conciliación de medicamentos, la recogida de medicamentos, la tramitación de pedidos por correo, el registro en cuentas de portales para pacientes, la compra de comestibles y artículos necesarios, el traslado a citas médicas o farmacias, o el regreso de centros de atención de urgencia o emergencias y consultas de control.</p>

Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos vía electrónica.

Hemos realizado 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 año siguiente y para ver si hay alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio de Atención al Cliente.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Todos los inscritos actuales que sean afectados por un cambio negativo en el formulario de un año del contrato a otro podrán acceder a suministros transitorios de los medicamentos afectados en el punto de venta.

Si le han aprobado anteriormente un medicamento no incluido en el formulario, consulte la carta de determinación de cobertura para obtener detalles sobre el vencimiento de dicha autorización.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en**

su caso. Nosotros 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 los medicamentos con receta), 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. Debido a que recibe “Ayuda adicional”, si no recibe este inserto antes del 30 de septiembre de 2021, llame a Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en clevercarehealthplan.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 a Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$435.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 como costo compartido por los medicamentos del Nivel 1, un copago de \$10 como costo compartido por los medicamentos del Nivel 6, y el costo total de los medicamentos de Nivel 2 a Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 como costo compartido por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6, y el costo total de los medicamentos de Nivel 2 a Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>En Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO), no hay deducible para determinadas insulinas.</p> <p>Usted paga entre \$0 y \$35 por determinadas insulinas.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos del Nivel 1: Genéricos preferidos, sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial dejarán de ser coseguros para ser copagos. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2022 en relación con 2021. Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>En 2021, usted pagó un coseguro del 0% por medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1. En 2022, usted pagará un copago de \$0 por los medicamentos de este nivel.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con costos compartidos estándares:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Usted paga el 0% del costo total.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de especialidades Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos suplementarios Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Determinadas insulinas del Modelo de ahorro para personas mayores: No se ofrece.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con costos compartidos estándares:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de especialidades Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos suplementarios Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Determinadas insulinas del Modelo de ahorro para personas mayores: Usted paga entre \$0 y \$35 por determinadas insulinas.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para la etapa 3: Etapa del período sin cobertura, para medicamentos en el Nivel 2, su costo compartido dejará de ser un coseguro del 25% para ser un copago de \$0. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) ofrece cobertura adicional para determinadas insulinas en la etapa del período sin cobertura. Durante la etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por determinadas insulinas será de \$0 a \$35.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Clever Care Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Clever Care Balance Medicare Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Clever Care Balance Medicare Advantage.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
- *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio 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 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el programa SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros de salud (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP).

El Programa de asesoramiento y defensa de seguros de salud es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de este Programa pueden ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Para comunicarse con el HICAP, puede llamar al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para obtener más información sobre HICAP, visite su sitio web: aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, como tener comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta 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 a. m. a 5 p. m. (excepto feriados)

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Clever Care Balance Medicare Advantage

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-833-388-8168 (los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711)**. Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., los días de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los mensajes que se reciban durante feriados o fuera del horario de

atención se contestarán dentro del plazo de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para Clever Care Balance Medicare Advantage. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en clevercarehealthplan.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar que se la enviemos por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en clevercarehealthplan.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.