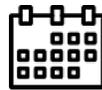




Una guía sobre sus beneficios 2026

Aviso anual de cambios

El aviso adjunto le ayudará a evaluar su cobertura actual y a compararla con lo que ofrecemos para el próximo año. El período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) comienza el 15 de octubre y finaliza el 7 de diciembre.



No se requiere ninguna acción.

Su inscripción se renovará automáticamente. Todos los cambios de planes que se indican en el folleto tendrán vigencia a partir del 1.º de enero del próximo año.



¡En el interior encontrará las buenas noticias!

Gracias por confiar en Clever Care Health Plan para sus beneficios de Medicare. Estamos orgullosos de escuchar a nuestros miembros. Gracias a sus valiosos comentarios, nos complace anunciar mejoras en nuestros planes para el próximo año, que incluyen:

- **La asignación dental** se pagará dos veces al año, lo que le dará más dinero por adelantado, lo cual le brindará más flexibilidad al recibir servicios dentales.
- **El saldo de la asignación flexible** se transferirá al siguiente trimestre.
- **Costco Vision, Walmart y otros** ahora forman parte de la red de oftalmología de Clever Care.
- **Más formas de gastar su asignación flexible**, incluidos gastos dentales, anteojos o audífonos adicionales. Además, la asignación flexible se puede utilizar para comprar comestibles si tiene una afección crónica elegible confirmada^[1].

Esperamos que continúe siendo miembro de Clever Care Health Plan.



Karen Johnson
Directora ejecutiva



Richard Greene
Presidente

Materiales importantes del plan

Para su conveniencia, Clever Care proporciona los siguientes documentos en nuestro sitio web, que estarán disponibles el 15 de octubre.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC): la EOC le proporciona detalles sobre los beneficios y costos de la atención médica y de los medicamentos con venta bajo receta. clevercarehealthplan.com/eoc

Directorio de proveedores: busque proveedores de atención médica, incluidos médicos, especialistas y más. clevercarehealthplan.com/provider

Directorio de farmacias: encuentre las farmacias de la red local. clevercarehealthplan.com/pharmacy

Formulario: una lista de todos los medicamentos cubiertos, para que pueda analizar opciones de medicación con su médico. clevercarehealthplan.com/formulary

Asistencia personalizada en el idioma que usted habla

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, una farmacia o un medicamento específico o si desea recibir por correo postal una copia impresa de cualquiera de estos documentos, llame a Servicio al Cliente al (833) 388-8168 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

^[1] El beneficio mencionado forma parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura. No todos los miembros cumplen los requisitos.

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.

Aviso anual de cambios de Clever Care Longevity(HMO) para 2026

Está inscrito como miembro de Clever Care Longevity.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **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.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en Clever Care Longevity.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que figura al dorso de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en es.clevercarehealthplan.com/eoco llame a Servicios al Miembro al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para recibir una copia por correo postal.

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en chino, coreano, español y vietnamita.
- Nuestro plan proporciona servicios de asistencia con el idioma y ayudas y servicios auxiliares adecuados sin cargo.
- Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. 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 al Miembro al número indicado anteriormente.

Acerca de Clever Care Longevity

- Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este material se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se hace referencia a Clever Care Health Plan, Inc.. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Clever Care Longevity.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, lo inscribiremos automáticamente en Clever Care Longevity.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Clever Care Longevity. Consulte Sección 3 – para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Contents

Resumen de costos importantes para 2026.....	6
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo.....	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	8
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo que paga de su bolsillo.....	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	13
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta...	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	16
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	17
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan.....	18
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?.....	18
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	18
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	20
Obtener ayuda de Clever Care Longevity.....	20
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.	20
Reciba ayuda de Medicare.....	20

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de . (Consulte Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$1,200	\$500
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$0 por visita	\$0 por visita
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es el último día como paciente internado.	Por cada estadía cubierta por Medicare: Deducible por cada período de beneficios: \$0 Días 1 a 90: \$0 por día Día de reserva 91 en adelante: \$0 por día	Por cada estadía cubierta por Medicare: Deducible por cada período de beneficios: \$0 Días 1 a 90: \$0 por día Día de reserva 91 en adelante: \$0 por día
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte Sección 1 – para obtener más detalles).	\$0	\$0

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte Sección 1.6 para obtener detalles, incluidos los deducibles anuales, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$0 • Nivel 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$99 Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: 33% Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 6 de medicamentos: \$0 <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p>	<p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial::</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$0 • Nivel 3 de medicamentos: \$40 Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$99 Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: 33% Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Nivel 6 de medicamentos: \$0 <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p>

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		
Reducción de la prima de la Parte B	\$1.20	\$0
Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	(solo en el condado de San Diego)	(todos los condados)

Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: la 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.
- Recargo por ingresos más altos: si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

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

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 ha pagado este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$1,200	\$500
Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$500 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por ellos durante el resto del año calendario.
Los costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en es.clevercarehealthplan.com/provider para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/provider.
- Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 en es.clevercarehealthplan.com/pharmacy para conocer qué farmacias están en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/pharmacy.
- Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas	\$0 de copago por llamada	<u>no</u> tiene cobertura.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de acupuntura (de rutina)	\$0 de copago para visitas ilimitadas hasta un máximo de \$1,900 de asignación anual.	\$0 de copago para visitas ilimitadas hasta un máximo de \$2,000 de asignación anual.
Asignación dental (de rutina)	\$550 cada trimestre. El saldo no utilizado se transferirá. No incluye servicios de ortodoncia.	\$1,100 cada 6 meses. El saldo no utilizado se transferirá. No incluye servicios de ortodoncia.
Servicios dentales integrales	Se requiere derivación.	<u>No</u> se requiere derivación.
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico	Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Periodoncia dental	La periodicidad es cada 3 años.	La periodicidad es cada 2 años.
Servicios de implantes dentales	La periodicidad de la corona sobre pilar es cada 5 años calendario.	La periodicidad de la corona sobre pilar es 1 por diente cada 5 años calendario.
Prostodoncia dental, extraíble	La periodicidad es cada 5 años calendario.	Sin límite.
Radiografías dentales	\$0 de copago , 1 por año.	\$0 de copago 2 por año.
Alimentos y productos agrícolas (comestibles): SSBCI	Asignación de \$40 por mes.	Si es elegible, la asignación flexible puede utilizarse para comprar alimentos y productos agrícolas saludables.
Asignación de beneficios flexibles para salud y bienestar	Se agrega una asignación de \$225 a una tarjeta de beneficios flexibles cada trimestre. El saldo no utilizado <u>no</u> se transfiere. Usos combinados: acondicionamiento físico, artículos de venta libre y suplementos de hierbas.	Se agrega una asignación de \$315 a una tarjeta de beneficios flexibles cada trimestre. El saldo no utilizado se <u>transferirá</u> . Usos combinados: acondicionamiento físico, artículos de venta libre, suplementos herbales, gastos dentales/de la vista/de la audición y comestibles SI se le diagnostica una afección crónica elegible y es elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios especializados de salud mental (grupales o individuales)	\$40 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$40 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.
Servicios ambulatorios de salud mental	\$40 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	\$40 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.
Entrega de comidas después del alta	\$0 de copago hasta 3 comidas por día durante 28 días, sin exceder las 84 comidas por año después de una hospitalización o estadía en un SNF.	Consulte Prevención de readmisión.
Servicios psiquiátricos	\$40 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prevención de readmisión (recuperación en el hogar)	<u>no</u> tiene cobertura.	<p>\$0 de copago para servicios prestados después del alta de un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). No incluye el alta de un centro de cirugía ambulatoria. Se debe realizar una solicitud de servicio a Servicios al Miembro dentro de los 7 días posteriores al alta para que los servicios se autoricen. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de atención personal: Reciba llamadas de seguimiento personales de un administrador de casos dentro de las 72 horas. La miembro recibirá educación y revisión de medicamentos, ayuda para programar citas, ayuda con el equipo médico y ayuda para coordinar otros servicios de apoyo según sea necesario. • Asistencia a domicilio: reciba hasta 60 horas por año para ayudar con las actividades de la vida diaria, lo que incluye bañarse, vestirse, lavar la ropa, cambiar la ropa de cama, tareas domésticas livianas, transporte a citas, tiendas de comestibles, asistencia con la administración de medicamentos y más. • Entrega de comidas a domicilio: Reciba hasta tres comidas a medida desde el punto de vista médico por día durante

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		28 días, sin exceder las 84 comidas por año, incluido el asesoramiento nutricional. Este beneficio puede ser adicional, pero no reemplaza, a los servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicare. Las compras de comestibles no están incluidas en este beneficio.
Beneficios de telesalud	\$0 de copago para una consulta médica a través de Teladoc®; \$40 de copago para una consulta de salud mental.	\$0 de copago por una consulta médica o de salud mental a través de Teladoc®.
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)	\$0 de copago por 24 viajes de un trayecto en un radio de 30 millas por año.	\$0 de copago por 48 viajes de ida por año a centros de salud aprobados por el plan, en un radio de 30 millas.
Asignación para accesorios para la vista (de rutina)	Asignación de \$200 cada año para lentes de contacto, cristales y marcos.	Asignación de \$300 cada año para lentes de contacto, cristales y marcos. La mejora incluye lentes progresivos estándar.
Servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo	\$0 de copago con un máximo anual de \$85,000.	\$0 de copago con un máximo anual de \$100,000.

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

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se incluye ha sido enviada en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

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

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$0	\$0
	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.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.		
Nivel 2: Genéricos	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Usted paga \$47	Usted paga \$40
	Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es \$47.	Su costo por un medicamento con receta de pedido por correo para un mes es \$40.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$99	Usted paga \$99
Nivel 5: Nivel de especialidad	Usted paga 33% del costo total.	Usted paga 33% del costo total.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Usted paga \$0	Usted paga \$0

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre los 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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cambia el número de paquete de beneficios del plan (Plan Benefit Package, PBP).	002	014 (El cambio no afecta los beneficios ofrecidos en este plan).
Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) El PBM ayuda a controlar los costos de la Parte D negociando descuentos, procesando las reclamaciones, creando formularios de medicamentos y administrando las redes de farmacias.	MedImpact Healthcare Systems	CVS Caremark es nuestro nuevo administrador de beneficios de farmacia. A partir del 1 de enero, debe mostrar su nueva tarjeta de identificación de miembro en la farmacia. Si actualmente está inscrito en los servicios de pedido por correo, sus recetas se transferirán a CVS Caremark.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Proveedor dental	DentaQuest (una compañía Sun Life)	<p>Liberty Dental Plan es nuestro nuevo proveedor de beneficios dentales.</p> <p>Este plan le permite atenderse con cualquier dentista con licencia; sin embargo, los costos de bolsillo serán menores cuando use un dentista o especialista dentro de la red.</p>
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	<p>Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Clever Care Longevity, no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Clever Care Longevity.

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clever Care Longevity.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clever Care Longevity.

- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2026*, llame a su programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen personas que:

- tienen Medicaid;
- reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos;
- tienen o abandonarán la cobertura del empleador;
- se mudan fuera del área de servicio del plan.

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 de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si hace poco salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se mude.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **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, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos,

los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - El 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 automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica de su estado (state's pharmaceutical assistance program, SPAP).** California tiene un programa llamado Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para conocer el número de teléfono correspondiente a su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
 - **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. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, entre los que se incluyen presentar un comprobante de residencia en el estado y el estado del VIH, acreditar que tiene bajos ingresos según la definición del estado, y acreditar el estado de no asegurado/infrasegurado. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-844-421-7050. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
 - **El plan de pago de recetas de Medicare** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del

Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtener ayuda de Clever Care Longevity

- **Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su 2026 Evidencia de cobertura.**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para conocer los detalles, consulte la *2026 Evidencia de cobertura* para Clever Care Longevity. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/eoc o llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite es.clevercarehealthplan.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Llame a Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros médicos. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al (800) 434-0022. Para obtener más información sobre Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), visite (aging.ca.gov/hicap).

Reciba ayuda de Medicare.

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov.**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escríbale a Medicare.**

Puede escribirle a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov.**

El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*.**

El manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

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

Clever Care:

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

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

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

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

Correo electrónico: civilrightscoordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

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

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



Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供者。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168(TTY:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਾਹਮੇਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੁਸ਼ਟ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntauw uas tuaj yeem nkg cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تاپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



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