

2024

Guía de inscripción

Planes Clever Care Medicare Advantage (HMO) y (HMO C-SNP)

Longevity (HMO) | Active (HMO) | Value (HMO)

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside, y San Diego

Total+ (HMO C-SNP)

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino y Riverside

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.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan y las prestaciones sanitarias que se ofrecen en este libro, llámenos al **(833) 388-8168 (TTY: 711)**. Nuestro equipo de servicio de atención al miembro está disponible para ayudarle en el idioma que usted habla.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 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.

Visite nuestro sitio web en
es.clevercarehealthplan.com

Brindar una solución de atención médica culturalmente sensible

El Plan de salud Clever Care, un proveedor líder del plan Medicare Advantage en los condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego, brinda soluciones integrales de salud de Medicare enfocadas en el bienestar completo.

Nuestro enfoque de atención de Oriente se encuentra con Occidente para honrar sus tradiciones, valores y necesidades culturales de salud. El idioma nunca debe ser un obstáculo para obtener una atención de calidad. Con experiencia en liderazgo en la industria de la atención médica y servicios de idiomas integrales, le damos poder a su voz en sus decisiones de atención médica.

Clever Care se enorgullece en ofrecer cuatro planes HMO, lo que incluye un plan para necesidades especiales crónicas (chronic special needs plan, C-SNP) para personas con diabetes o trastornos cardiovasculares. Es posible que califique para recibir beneficios adicionales si cumple con los requisitos de nuestro plan HMO C-SNP.

Este libro le proporcionará toda la información que necesita para obtener información sobre los planes Medicare Advantage de Clever Care y le guiará en el proceso de inscripción. Esperamos darle la bienvenida a la familia Clever Care.



Richard Greene
Presidente



Martina Lee Strickland
Directora de Desarrollo

Contenido

Conceptos básicos de Medicare

Acerca de Clever Care

Le tenemos cubierto

Descripción general del plan Clever Care

Resumen de beneficios

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Active (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Para su información

- Medicamentos con receta
- Calificaciones de estrellas
- Tabla de primas de ayuda adicional
- NDN
- MLI

Inscripción

- Pasos para inscribirse
- Alcance de la designación (para su agente)
- Forma de inscripción
- Verificación de enfermedad crónica (para su proveedor)

Conceptos básicos de Medicare

Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médico). Un **Plan Medicare Advantage** también se denomina Parte C y combina todos los beneficios de Medicare Original, más extras, como odontología, visión, audición, medicamentos de venta libre y acondicionamiento físico, y en algunos casos, la Parte D (Medicamentos con receta).

Una **Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)** es un tipo de plan Medicare Advantage, conocido como plan de "atención administrada". Con una HMO, usted elige un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) de una red específica de proveedores aprobados. Todos los servicios de salud, incluidas las derivaciones, son gestionados por su PCP. Una HMO ofrece atención asequible y de alta calidad con primas reducidas, copagos fijos en efectivo o montos de coseguro, y la red de seguridad de un máximo en efectivo.

Original Medicare:

Parte A
(Hospital)



Parte B
(Médico)

VS.

Planes Clever Care Medicare Advantage (HMO)

Parte B
(Médico)

Parte A
(Hospital)

Parte D
(medicamentos
con receta)

Cobertura
dental, visión y
audición

Bienestar oriental,
suplementos de
hierbas, artículos
de venta libre y
acondicionamiento
físico



¡Obtenga más información sobre los planes de salud Clever Care! Descargue nuestra **Guía Clever de Medicare** en es.clevercarehealthplan.com/clever-guides

Acerca de Clever Care

Con más de 15,000 proveedores, más de 60 hospitales líderes y más de 2,000 médicos bilingües y especialistas en el bienestar oriental, los planes de Clever Care van más allá de Original Medicare para brindar una experiencia integral, única y asequible de atención médica y bienestar.

Los planes Clever Care HMO son la opción correcta si desea:

- Costos predecibles (\$0 de deducible y \$0 de copago del PCP)
- Proveedores y hospitales de confianza en su comunidad
- Comodidad de un PCP que maneja su atención
- Protección de gastos máximos de bolsillo
- Cobertura de medicamentos recetados
- Tratamientos de bienestar orientales (como acupuntura, gua sha, cupping)
- Cobertura dental, visión y audición
- Asistencia en idiomas de su plan de salud

Salud y cultura

Además de beneficios como medicamentos recetados, odontología, visión y audición, Clever Care ofrece una variedad de beneficios centrados en la cultura, que incluyen:



- Acceso a más de 600 acupunturistas, **sin necesidad de derivaciones**
- Más de 200 productos de suplementos de hierbas que incluyen ginseng rojo, aceite de flor blanca y nido de pájaro
- Visitas de bienestar oriental, como cupping, moxa, tui na, gua sha y reflexología
- Beneficios de acondicionamiento físico que incluyen membresías de gimnasios y actividades como golf, tai chi y yoga

Uniando las tradiciones de salud y comunidad

No solo reconocemos a las comunidades a las que prestamos servicios, sino que participamos activamente en ellas. Clever Care cuenta con tres centros comunitarios en Los Ángeles, Monterey Park y Westminster, que proporcionaron recursos gratuitos en idiomas para comunidades de habla vietnamita, coreana y china a través de programas como estos:



- Conceptos básicos de Medicare
- Medicare 101
- Seminarios para médicos
- Meditación, respiración y actividades de acondicionamiento físico
- Cursos sobre vida saludable

Le tenemos cubierto

Los planes Medicare Advantage de Clever Care ofrecen:

- Cobertura de medicamentos recetados
- Asignación para suplementos de hierbas
- Asignación para artículos de venta libre

Es fácil explorar nuestros productos cubiertos



Llame a nuestro equipo de Servicio de atención al miembro al número gratuito (833)-388-8168 (TTY: 711). Nuestros representantes están aquí para ayudarlo en el idioma que habla.



Para obtener información rápida y actualizada, visite nuestro sitio web para consultar las listas de medicamentos y las farmacias participantes



Escanee los códigos QR a continuación para ver nuestros catálogos de artículos de venta libre y suplementos de hierbas

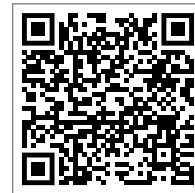
Medicamentos con receta

Formulario de medicamentos:



es.clevercarehealthplan.com/formulary

Farmacias participantes:



es.clevercarehealthplan.com/pharmacy

Artículos de venta libre y suplementos de hierbas



¿Prefiere comprar en tiendas? Póngase en contacto con Servicios para miembros o pregunte a su agente sobre más tiendas minoristas participantes.

Descripción general del plan Clever Care

	Longevity (HMO)	Active (HMO)	Value (HMO)	Total+ (HMO C-SNP)
Prima mensual	\$0	\$0 , más una reducción de \$50 de la prima de la Parte B	\$0 , más una reducción de \$130 de la prima de la Parte B	\$15.70 , o tan solo \$0 si es doble completa
Gasto máximo de bolsillo	\$1,700	\$2,500	\$2,900	\$8,850 , o tan solo \$0 si es doble completa
Visitas al PCP	\$0	\$0	\$0	\$0
Visitas de especialistas	\$0	\$5	\$10	\$0
Dental	\$2,400 máximo (pagado en plazos trimestrales con transferencia)	\$1,200 máximo (pagado en plazos trimestrales con transferencia)	\$800 máximo (pagado en plazos trimestrales con transferencia)	\$2,300 máximo (pagado en plazos trimestrales con transferencia)
Acupuntura	\$2,500 máximo	\$1,500 máximo	\$1,200 máximo	\$2,500 máximo
Medicina Oriental	24 visitas	18 visitas	12 visitas	24 visitas
Beneficio de Flex	\$275 por trimestre, sin transferencia Artículos de venta libre + suplementos de hierbas + acondicionamiento físico	\$250 para acondicionamiento físico; \$75 de artículos de venta libre + suplementos de hierbas por trimestre, sin transferencia	\$100 por trimestre, sin transferencia Artículos de venta libre + suplementos de hierbas + acondicionamiento físico	\$275 por trimestre, sin transferencia Artículos de venta libre + suplementos de hierbas + acondicionamiento físico
Atención de urgencia	\$0	\$0	\$0	\$25
Elija esta opción para	Amplia cobertura que incluye beneficios complementarios y de medicina oriental por una prima mensual de \$0 y bajos costos en efectivo por servicios.	Un plan centrado en el bienestar con cobertura confiable, una generosa asignación para acondicionamiento físico y una reducción máxima de \$600 en la prima de la Parte B.	Cobertura confiable con una reducción máxima de \$1,560 en la prima de la Parte B que le devuelve dinero a su bolsillo.	Un plan holístico para personas con ciertas afecciones crónicas. También incluye una reducción de costos para medicamentos recetados. Si es doblemente elegible , hay una prima del plan de \$0 y un costo compartido más bajo en algunos beneficios.

Esta comparación de planes es una descripción general de alto nivel para su comodidad. Para obtener información sobre estos y otros beneficios, consulte el Resumen de beneficios o pregunte a su agente.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Longevity (HMO)

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos con receta

Prestación de servicios en California

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside, y San Diego

Año del plan: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. Encontrará una lista completa de los servicios, limitaciones y exclusiones en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), que está disponible en es.clevercarehealthplan.com/eoc.

Para inscribirse en un plan HMO de Clever Care, usted debe:

1. tener acceso la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare, y
3. vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio:
 - Los Ángeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



Encuentre médicos, especialistas, hospitales y farmacias de la red. Si acude a un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total de los servicios.

es.clevercarehealthplan.com/provider



Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).

es.clevercarehealthplan.com/formulary



Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar un correo electrónico a sales@clevercarehealthplan.com.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Longevity (HMO) | Nuestro plan insignia con beneficios integrales.

Primas, deducibles y límites

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$1,700 al año	Este es el monto máximo que pagaría en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para hospitalización*	\$0 de copago por período de beneficio	Cobertura sin límite de días.
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización ambulatoria Servicios de observación 	\$0 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*	\$0 de copago por estancia	
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria (primary care physician, PCP) Especialista* 	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita de especialista	
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> Visita de bienvenida a Medicare o visita anual de bienestar y todos los demás servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare 	\$0 de copago por visita cubierta por Medicare	Una visita de bienestar por año. El propósito de esta visita es crear un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo.
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias 	\$75 de copago por visita	El copago se exime si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencia 	\$0 de copago por visita	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico, procedimientos • Radiografías • Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.) 	\$0 de copago por servicio	
<p>Servicios de audición*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios de audición (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina (límite de 1) • Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) • Audífonos <p>Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de la red Nations Hearing para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios dentales (PPO)*</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (límite de 2) • Limpiezas dentales (límite de 2) • Tratamiento con flúor (límite de 1) • Radiografía de mordida (límite de 2) • Radiografía dental (límite de 1) <p>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto radicular • Coronas dentales (carillas) • Implantes • Puentes, dentaduras, extracciones <p>Este plan ofrece una asignación trimestral de \$600 para servicios preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de \$2,400.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Se requiere autorización previa para implantes, tomografía computarizada (CT) de haz cónico dental, coronas restaurativas y prostodoncia fija.</p> <p>No es obligatorio permanecer dentro de la red. Sin embargo, sus costos de bolsillo pueden ser menores si acude a un proveedor de Liberty Dental.</p> <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido para los servicios cubiertos y hasta el máximo trimestral del plan. Usted podría tener que pagar el costo adicional hasta alcanzar el monto facturado por el proveedor.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>No incluye servicios de ortodoncia.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de la visión*</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p>Servicios de la visión (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión de rutina Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) Mejoras <p>Este plan ofrece una asignación anual de \$200 para accesorios para la vista.</p>	<p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por artículo</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de la red de VSP Vision Care para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para los servicios de rutina, usted deberá pagar los costos remanentes. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual) 	<p>\$150 de copago, por día, para los días 1 a 7; \$0 de copago, por día, para los días 8 a 90, por período de beneficio</p> <p>\$40 de copago por visita</p>	<p>El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	\$0 de copago, por día, para los días 1 a 20; \$75 de copago, por día, para los días 21 a 100, por período de beneficio	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia* <ul style="list-style-type: none"> • Ocupacional • Física, del habla y del lenguaje 	\$0 de copago por visita	
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> • Transporte terrestre • Transporte aéreo 	\$40 de copago por viaje (por tramo) 20 % de coseguro	
Transporte Este plan ofrece 24 viajes de un solo tramo que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Entre 0 y 20% de coseguro	Entre 0 y 20% de coseguro del costo o el monto del coseguro permitido por Medicare, lo que sea menor, para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex</p> <p>Este plan ofrece una asignación trimestral combinada de \$275. El beneficio máximo anual es de \$1,100.</p> <p>Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios <p>Los artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios <p>Los suplementos de hierbas incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre 	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.</p> <p>Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Clever Care. Estos suplementos se usan para tratar afecciones como la inflamación, la ansiedad, problemas del aparato digestivo y más.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de acupuntura (de rutina)</p> <p>Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de \$2,500 por año.</p> <p>Servicios de bienestar oriental</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 24 servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología 	<p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p> <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas</p>	<p>Debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Salud y bienestar (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico anual 	<p>\$0 de copago por una visita cada año</p>	<p>Este examen es más completo que la visita anual de bienestar. Implica que el médico sienta, escuche o toque determinadas partes del cuerpo, además de realizar análisis de sangre y otras pruebas.</p>
<p>Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas</p> <p>Cuenta con personal de enfermería autorizado las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>	<p>\$0 de copago por llamada</p>	<p>Use este beneficio para obtener asesoramiento por parte de un profesional de enfermería autorizado cuando no sepa dónde acudir para recibir atención médica o cuando tenga preguntas sobre un evento de atención médica urgente.</p>
<p>Visita de telesalud</p> <p>Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día) • Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico 	<p>\$0 de copago por una visita médica</p> <p>\$40 de copago por una visita de salud mental</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.</p>

Otros beneficios incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura internacional	\$0 de copago	Este plan tiene un límite anual de \$75,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria* Disponible inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada para ayudar con la recuperación.	\$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año.	No disponible después de una visita de cirugía ambulatoria.
Sistema de respuesta personal ante emergencias (personal emergency response system, PERS)* Este plan ofrece un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.	\$0 de copago por año	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI)*</p> <p>Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>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.</p> <p>Comestibles (alimentos saludables) \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Servicio de telemonitoreo \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por 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. Se limitan a 40 horas por año.</p>	<p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Su costo compartido puede diferir según la farmacia que elija (p. ej., minorista estándar, fuera de la red, pedido por correo) o si recibe un suministro de 30 o 100 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos.

Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y lo que usted paga.

Etapa 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$5,030.	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (pedido por correo)	Costo compartido minorista (fuera de la red)*
	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago	\$105 de copago	\$70 de copago	\$35 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad*	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 6: Medicamentos complementarios**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.			

*El suministro a largo plazo de medicamentos no está disponible en farmacias fuera de la red, ni en farmacias minoristas o de pedido por correo para medicamentos seleccionados de los Niveles 1 a 6.

**Los medicamentos complementarios de Nivel 6 incluyen Viagra genérico, medicamentos con receta para la tos y vitaminas.

<p>Etapa 3: Interrupción de la cobertura Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$5,030, usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$8,000.</p>	<p>Durante esta etapa usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos de los Niveles 1 y 2. • \$35 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos seleccionados del Nivel 3. • 25 % del precio de los medicamentos de los Niveles 4 y 5 (más una parte de la tarifa de suministro).
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$8,000, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>



Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) y hable con un representante de Servicio al Cliente. 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Comprensión de los beneficios

- En la Evidencia de Cobertura (EOC) se proporciona una lista completa de todos los tipos de cobertura y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite es.clevercarehealthplan.com/eoc o llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir médicos nuevos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos con receta está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- Para planes que tienen una prima mensual:** además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Para planes que no tienen prima:** usted no paga una prima mensual del plan separada por este plan, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.
- Solo para los planes HMO:** excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para los planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica.
- Efecto sobre la cobertura actual:** si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza Medigap ya que estará pagando por una cobertura que no podrá usar.

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.

Nuestro proveedor y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Protegemos su privacidad. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad: es.clevercarehealthplan.com/privacy. Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Active (HMO)

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos con receta

Prestación de servicios en California

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside, y San Diego

Año del plan: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. Encontrará una lista completa de los servicios, limitaciones y exclusiones en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), que está disponible en es.clevercarehealthplan.com/eoc.

Para inscribirse en un plan HMO de Clever Care, usted debe:

1. tener acceso la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare, y
3. vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio:
 - Los Ángeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego

ACTIVE



Encuentre médicos, especialistas, hospitales y farmacias de la red.

Si acude a un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total de los servicios.

es.clevercarehealthplan.com/provider



Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).

es.clevercarehealthplan.com/formulary



Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar un correo electrónico a sales@clevercarehealthplan.com.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Active (HMO) |

Un plan centrado en el bienestar con una reducción de la prima de la Parte B.

Primas, deducibles y límites

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	La diferencia entre los \$50 que paga el plan y el monto de la prima de la Parte B	Este no es un reembolso. Usted debe pagar el monto reducido de la prima de la Parte B. Si su prima de la Parte B se deduce de su cheque del Seguro Social, el monto reducido se reflejará en su cheque mensual.
Deducible	\$0	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$2,500 al año	Este es el monto máximo que pagaría en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

ACTIVE

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para hospitalización*	\$100 de copago, por día, para los días 1 a 5; \$0 de copago, por día, para los días 6 a 90, por período de beneficio	
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización ambulatoria Servicios de observación 	\$0 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*	\$0 de copago por estancia	
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria (primary care physician, PCP) Especialista* 	\$0 de copago por visita \$5 de copago por visita de especialista	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> Visita de bienvenida a Medicare o visita anual de bienestar y todos los demás servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare 	\$0 de copago por visita cubierta por Medicare	Una visita de bienestar por año. El propósito de esta visita es crear un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo.
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias 	\$75 de copago por visita	El copago se exime si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencia 	\$0 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes* <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Pruebas de diagnóstico, procedimientos Radiografías Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.) 	\$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$50 de copago por servicio de radiología de diagnóstico o \$0 de copago por servicio de radiología básico	
Servicios de audición* <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare Servicios de audición (de rutina) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes auditivos de rutina (límite de 1) Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) Audífonos <p>Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año.</p>	\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare \$0 de copago por examen \$0 de copago por servicio \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	Debe acudir a un médico de la red Nations Hearing para los servicios de rutina. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente. Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre. Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios dentales (PPO)*</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal (límite de 2) Limpiezas dentales (límite de 2) Tratamiento con flúor (límite de 1) Radiografía de mordida (límite de 2) Radiografía dental (límite de 1) <p>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto radicular Coronas dentales (carillas) Implantes Puentes, dentaduras, extracciones <p>Este plan ofrece una asignación trimestral de \$300 para servicios preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de \$1,200.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Se requiere autorización previa para implantes, tomografía computarizada (CT) de haz cónico dental, coronas restaurativas y prostodoncia fija.</p> <p>No es obligatorio permanecer dentro de la red. Sin embargo, sus costos de bolsillo pueden ser menores si acude a un proveedor de Liberty Dental.</p> <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido para los servicios cubiertos y hasta el máximo trimestral del plan. Usted podría tener que pagar el costo adicional hasta alcanzar el monto facturado por el proveedor.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>No incluye servicios de ortodoncia.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de la visión*</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p>Servicios de la visión (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión de rutina Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) Mejoras <p>Este plan ofrece una asignación anual de \$200 para accesorios para la vista.</p>	<p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por artículo</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de la red de VSP Vision Care para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para los servicios de rutina, usted deberá pagar los costos remanentes. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual) 	<p>\$175 de copago, por día, para los días 1 a 7; \$0 de copago, por día, para los días 8 a 90, por período de beneficio</p> <p>\$40 de copago por visita</p>	<p>El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*</p>	<p>\$0 de copago, por día, para los días 1 a 20; \$180 de copago, por día, para los días 21 a 100, por período de beneficio</p>	<p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p>
<p>Fisioterapia*</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocupacional Física, del habla y del lenguaje 	<p>\$0 de copago por visita</p>	
<p>Ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Transporte terrestre Transporte aéreo 	<p>\$75 de copago por viaje (por tramo)</p> <p>20 % de coseguro</p>	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Transporte Este plan ofrece 16 viajes de un solo tramo que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Entre 0 y 20% de coseguro	0 y 20% de coseguro del costo o el monto del coseguro permitido por Medicare, lo que sea menor, para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Asignación para acondicionamiento físico con tarjeta Flex Este plan ofrece una asignación trimestral de \$250 . El beneficio máximo anual es de \$1,000.	\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.
Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras, las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios 	Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.	Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Asignación para suplementos de hierbas y de artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) con tarjeta Flex</p> <p>Este plan ofrece una asignación trimestral combinada de \$75. El beneficio máximo anual es de \$300.</p> <p>Los artículos de venta libre (OTC) incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios <p>Los suplementos de hierbas incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre 	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.</p> <p>Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Clever Care. Estos suplementos se usan para tratar afecciones como la inflamación, la ansiedad, problemas del aparato digestivo y más.</p>
<p>Servicios de acupuntura (de rutina)</p> <p>Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de \$1,500 por año.</p> <p>Servicios de bienestar oriental</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 18 servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología 	<p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p> <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas</p>	<p>Debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Salud y bienestar (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual 	<p>\$0 de copago por una visita cada año</p>	<p>Este examen es más completo que la visita anual de bienestar. Implica que el médico sienta, escuche o toque determinadas partes del cuerpo, además de realizar análisis de sangre y otras pruebas.</p>
<p>Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas</p> <p>Cuenta con personal de enfermería autorizado las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>	<p>\$0 de copago por llamada</p>	<p>Use este beneficio para obtener asesoramiento por parte de un profesional de enfermería autorizado cuando no sepa dónde acudir para recibir atención médica o cuando tenga preguntas sobre un evento de atención médica urgente.</p>
<p>Visita de telesalud</p> <p>Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día) Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico 	<p>\$0 de copago por una visita médica 20% de coseguro por visita de salud mental</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.</p>

Otros beneficios incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura internacional	\$0 de copago	Este plan tiene un límite anual de \$100,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria* Disponible inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada para ayudar con la recuperación.	\$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año.	No disponible después de una visita de cirugía ambulatoria.
Sistema de respuesta personal ante emergencias (personal emergency response system, PERS)* Este plan ofrece un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.	\$0 de copago por año	

ACTIVE

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI)*</p> <p>Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>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.</p> <p>Comestibles (alimentos saludables) \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por 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. Se limitan a 40 horas por año.</p>	<p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Su costo compartido puede diferir según la farmacia que elija (p. ej., minorista estándar, fuera de la red, pedido por correo) o si recibe un suministro de 30 o 100 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos.

Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y lo que usted paga.

Etapa 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$5,030.	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (pedido por correo)	Costo compartido minorista (fuera de la red)*
	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad*	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6: Medicamentos complementarios**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.			

*El suministro a largo plazo de medicamentos no está disponible en farmacias fuera de la red, ni en farmacias minoristas o de pedido por correo para medicamentos seleccionados de los Niveles 1 a 6.

**Los medicamentos complementarios de Nivel 6 incluyen Viagra genérico, medicamentos con receta para la tos y vitaminas.

ACTIVE

<p>Etapa 3: Interrupción de la cobertura Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$5,030, usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$8,000.</p>	<p>Durante esta etapa usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos de los Niveles 1 y 2.• \$47 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos seleccionados del Nivel 3.• 25 % del precio de los medicamentos de los Niveles 4 y 5 (más una parte de la tarifa de suministro).
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$8,000, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>



Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) y hable con un representante de Servicio al Cliente. 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Comprensión de los beneficios

- En la Evidencia de Cobertura (EOC) se proporciona una lista completa de todos los tipos de cobertura y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite es.clevercarehealthplan.com/eoc o llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir médicos nuevos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos con receta está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- Para planes que tienen una prima mensual:** además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Para planes que no tienen prima:** usted no paga una prima mensual del plan separada por este plan, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.
- Solo para los planes HMO:** excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para los planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica.
- Efecto sobre la cobertura actual:** si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza Medigap ya que estará pagando por una cobertura que no podrá usar.

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.

Nuestro proveedor y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Protegemos su privacidad. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad: es.clevercarehealthplan.com/privacy. Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Value (HMO)

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos con receta

Prestación de servicios en California

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside, y San Diego

Año del plan: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

VALUE

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. Encontrará una lista completa de los servicios, limitaciones y exclusiones en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), que está disponible en es.clevercarehealthplan.com/eoc.

Para inscribirse en un plan HMO de Clever Care, usted debe:

1. tener acceso la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare, y
3. vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio:
 - Los Ángeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



Encuentre médicos, especialistas, hospitales y farmacias de la red. Si acude a un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total de los servicios.

es.clevercarehealthplan.com/provider



Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).

es.clevercarehealthplan.com/formulary



Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar un correo electrónico a sales@clevercarehealthplan.com.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Value (HMO)

Un plan esencial con una reducción de la prima de la Parte B de \$130.

Primas, deducibles y límites

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	La diferencia entre los \$130 que paga el plan y el monto de la prima de la Parte B	Este no es un reembolso. Usted debe pagar el monto reducido de la prima de la Parte B. Si su prima de la Parte B se deduce de su cheque del Seguro Social, el monto reducido se reflejará en su cheque mensual.
Deducible	\$0	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$2,900 al año	Este es el monto máximo que pagaría en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para hospitalización*	\$120 de copago, por día, para los días 1 a 5; \$0 de copago, por día, para los días 6 a 90, por período de beneficio	
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización ambulatoria Servicios de observación 	\$0 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*	\$0 de copago por estancia	
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria (primary care physician, PCP) Especialista* 	\$0 de copago por visita \$10 de copago por visita de especialista	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> Visita de bienvenida a Medicare o visita anual de bienestar y todos los demás servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare 	\$0 de copago por visita cubierta por Medicare	Una visita de bienestar por año. El propósito de esta visita es crear un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo.
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias 	\$110 de copago por visita	El copago se exime si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencia 	\$0 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes* <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Pruebas de diagnóstico, procedimientos Radiografías Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.) 	\$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$75 de copago por servicio de radiología de diagnóstico o \$0 de copago por servicio de radiología básico	
Servicios de audición* <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare Servicios de audición (de rutina) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes auditivos de rutina (límite de 1) Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) Audífonos <p>Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año.</p>	\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare \$0 de copago por examen \$0 de copago por servicio \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	Debe acudir a un médico de la red Nations Hearing para los servicios de rutina. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente. Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre. Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios dentales (PPO)*</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal (límite de 2) Limpiezas dentales (límite de 2) Tratamiento con flúor (límite de 1) Radiografía de mordida (límite de 2) Radiografía dental (límite de 1) <p>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto radicular Coronas dentales (carillas) Implantes Puentes, dentaduras, extracciones <p>Este plan ofrece una asignación trimestral de \$200 para servicios de preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de \$800.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Se requiere autorización previa para implantes, tomografía computarizada (CT) de haz cónico dental, coronas restaurativas y prostodoncia fija.</p> <p>No es obligatorio permanecer dentro de la red. Sin embargo, sus costos de bolsillo pueden ser menores si acude a un proveedor de Liberty Dental.</p> <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido para los servicios cubiertos y hasta el máximo trimestral del plan. Usted podría tener que pagar el costo adicional hasta alcanzar el monto facturado por el proveedor.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>No incluye servicios de ortodoncia.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de la visión*</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p>Servicios de la visión (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión de rutina Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) Mejoras <p>Este plan ofrece una asignación anual de \$200 para accesorios para la vista.</p>	<p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por artículo</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de la red de VSP Vision Care para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para los servicios de rutina, usted deberá pagar los costos remanentes. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual) 	<p>\$175 de copago, por día, para los días 1 a 7; \$0 de copago, por día, para los días 8 a 90, por período de beneficio</p> <p>\$40 de copago por visita</p>	<p>El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	\$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$188 de copago, por día, para los días 21 a 100, por período de beneficio	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia* <ul style="list-style-type: none"> • Ocupacional • Física, del habla y del lenguaje 	\$5 de copago por visita	
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> • Transporte terrestre • Transporte aéreo 	\$150 de copago por viaje (por tramo) 20 % de coseguro	
Transporte Este plan ofrece 16 viajes de un solo tramo que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Entre 0 y 20% de coseguro	Entre 0 y 20% de coseguro del costo o el monto del coseguro permitido por Medicare, lo que sea menor, para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20 % del coseguro.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex</p> <p>Este plan ofrece una asignación trimestral combinada de \$100. El beneficio máximo anual es de \$400.</p> <p>Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios <p>Los artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios <p>Los suplementos de hierbas incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre 	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.</p> <p>Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Clever Care. Estos suplementos se usan para tratar afecciones como la inflamación, la ansiedad, problemas del aparato digestivo y más.</p>
<p>Servicios de acupuntura (de rutina)</p> <p>Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de \$1,200 por año.</p> <p>Servicios de bienestar oriental</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 12 servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología 	<p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p> <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas</p>	<p>Debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Salud y bienestar (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual 	<p>\$0 de copago por una visita cada año</p>	<p>Este examen es más completo que la visita anual de bienestar. Implica que el médico sienta, escuche o toque determinadas partes del cuerpo, además de realizar análisis de sangre y otras pruebas.</p>
<p>Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas</p> <p>Cuenta con personal de enfermería autorizado las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>	<p>\$0 de copago por llamada</p>	<p>Use este beneficio para obtener asesoramiento por parte de un profesional de enfermería autorizado cuando no sepa dónde acudir para recibir atención médica o cuando tenga preguntas sobre un evento de atención médica urgente.</p>
<p>Visita de telesalud</p> <p>Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día) Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico 	<p>\$0 de copago por una visita médica \$40 de copago por una visita de salud mental \$0 de copago por visita</p>	<p>Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.</p>

Otros beneficios incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura internacional	\$0 de copago	Este plan tiene 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.
Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria* Disponible inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada para ayudar con la recuperación.	\$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año.	No disponible después de una visita de cirugía ambulatoria.
Sistema de respuesta personal ante emergencias (personal emergency response system, PERS)* Este plan ofrece un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.	\$0 de copago por año	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI)*</p> <p>Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para un máximo de 3 comidas por día durante 14 días; sin exceder las 42 comidas al año para los miembros que califiquen.</p> <p>Comestibles (alimentos saludables) \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por 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. Se limitan a 40 horas por año.</p>	<p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Su costo compartido puede diferir según la farmacia que elija (p. ej., minorista estándar, fuera de la red, pedido por correo) o si recibe un suministro de 30 o 100 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos.

Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y lo que usted paga.

Etapa 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$5,030.	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (pedido por correo)	Costo compartido minorista (fuera de la red)*
	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad*	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 6: Medicamentos complementarios**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.			

*El suministro a largo plazo de medicamentos no está disponible en farmacias fuera de la red, ni en farmacias minoristas o de pedido por correo para medicamentos seleccionados de los Niveles 1 a 6.

**Los medicamentos complementarios de Nivel 6 incluyen Viagra genérico, medicamentos con receta para la tos y vitaminas.

<p>Etapa 3: Interrupción de la cobertura Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$5,030, usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$8,000.</p>	<p>Durante esta etapa usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos de los Niveles 1 y 2. • \$47 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos seleccionados del Nivel 3. • 25 % del precio de los medicamentos de los Niveles 4 y 5 (más una parte de la tarifa de suministro).
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$8,000, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>



Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) y hable con un representante de Servicio al Cliente. 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Comprensión de los beneficios

- En la Evidencia de Cobertura (EOC) se proporciona una lista completa de todos los tipos de cobertura y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite es.clevercarehealthplan.com/eoc o llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir médicos nuevos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos con receta está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- Para planes que tienen una prima mensual:** además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Para planes que no tienen prima:** usted no paga una prima mensual del plan separada por este plan, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.
- Solo para los planes HMO:** excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para los planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica.
- Efecto sobre la cobertura actual:** si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza Medigap ya que estará pagando por una cobertura que no podrá usar.

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.

Nuestro proveedor y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Protegemos su privacidad. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad: es.clevercarehealthplan.com/privacy. Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos con receta

Prestación de servicios en California

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino y Riverside

Año del plan: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

TOTAL+

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. Encontrará una lista completa de los servicios, limitaciones y exclusiones en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), que está disponible en es.clevercarehealthplan.com/eoc.

Para inscribirse en un plan HMO de Clever Care, usted debe:

1. tener acceso la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare;
3. tener un diagnóstico de trastorno cardiovascular crónico que califique o diabetes, y
4. vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio:
 - Los Ángeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside



Encuentre médicos, especialistas, hospitales y farmacias de la red.

Si acude a un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total de los servicios.

es.clevercarehealthplan.com/provider



Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).

es.clevercarehealthplan.com/formulary




Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar un correo electrónico a sales@clevercarehealthplan.com.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.




Resumen de beneficios 2024 | Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Un plan integral para personas con diagnóstico de trastornos cardiovasculares o diabetes; incluye reducción del costo de los medicamentos con receta.


Verá esta imagen  si se aplica un costo compartido reducido.

Si está inscrito en el programa Medi-Cal completo, no pagará nada por los servicios médicos. Si tiene Medi-Cal y costo compartido (share of cost, SOC), la prima del plan y cualquier costo compartido serán pagados en parte por Medi-Cal o un tercero. Debe seguir inscrito en Medi-Cal para tener costos compartidos reducidos.






Primas, deducibles y límites

Costos	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$0	\$15.70	 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	\$0	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos con receta de la Parte D.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$0 al año	\$8,850 al año	Este es el monto máximo que pagaría en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para hospitalización*	\$0 de copago por período de beneficio	Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2024. <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632 por período de beneficio • \$0 de copago, por día, para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 en adelante • \$408 de copago, por día, para los días 61 a 90, por período de beneficio 	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización ambulatoria Servicios de observación 	\$0 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación	20% de coseguro del monto permitido por Medicare para estancias	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*	0% de coseguro por visita	20% de coseguro del monto permitido por Medicare por visita	
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria (primary care physician, PCP) Especialista* 	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita de especialista	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita de especialista	Una visita de bienestar por año. El propósito de esta visita es crear un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo.
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias 	\$0 por visita	\$95 de copago por visita	 El copago se exime si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencia 	\$0 de copago por visita	\$25 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes* <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Pruebas de diagnóstico, procedimientos Radiografías Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.) 	\$0 de copago por servicio de laboratorio 0% de coseguro por prueba o procedimiento de diagnóstico, o radiografía \$0 de copago por servicio de radiología	\$0 de copago por servicio de laboratorio 20% de coseguro del monto permitido por Medicare por prueba o procedimiento de diagnóstico, o radiografía \$0 de copago por servicio de radiología	


*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de audición*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios de audición (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes auditivos de rutina (límite de 1) Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) Audífonos <p>Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de la red Nations Hearing para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.</p>




*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios dentales (PPO)*</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal (límite de 2) Limpiezas dentales (límite de 2) Tratamiento con flúor (límite de 1) Radiografía de mordida (límite de 2) Radiografía dental (límite de 1) <p>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto radicular Coronas dentales (carillas) Implantes Puentes, dentaduras, extracciones <p>Este plan ofrece una asignación trimestral de \$575 para servicios de preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de \$2,300.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Se requiere autorización previa para implantes, tomografía computarizada (CT) de haz cónico, coronas restauradoras y prostodoncia fija.</p> <p>No es obligatorio permanecer dentro de la red. Sin embargo, sus costos de bolsillo pueden ser menores si acude a un proveedor de Liberty Dental.</p> <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido para los servicios cubiertos y hasta el máximo trimestral del plan. Usted podría tener que pagar el costo adicional hasta alcanzar el monto facturado por el proveedor.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>No incluye servicios de ortodoncia.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de la visión*</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/ tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p>Servicios de la visión (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión de rutina Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) Mejoras <p>Este plan ofrece una asignación anual de \$200.</p>	<p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por artículo</p> <p>\$0 de copago por examen \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por artículo</p> <p>\$0 de copago por examen \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de la red de VSP Vision Care para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para los servicios de rutina, usted deberá pagar los costos remanentes. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual) 	<p>\$0 por estadía por período de beneficio</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$1,632 por período de beneficio \$0 de copago, por día, para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 en adelante \$408 de copago, por día, para los días 61 a 90, por período de beneficio <p>\$0 de copago por visita</p>	<p></p> <p>El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.


Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	\$0 de copago por estancia	Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2024. <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago, por día, para los días 1 a 20 de cada período de beneficio • \$204 de copago, por día, para los días 21 a 100 de cada período de beneficio 	 <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p>
Fisioterapia* <ul style="list-style-type: none"> • Ocupacional • Física, del habla y del lenguaje 	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita	
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> • Transporte terrestre • Transporte aéreo 	0% de coseguro por viaje (por tramo)	20% de coseguro del monto permitido por Medicare por viaje (por tramo)	
Transporte Este plan ofrece 48 viajes de un solo tramo que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	0% de coseguro	Entre 0 y 20% de coseguro	 <p>0 y 20% de coseguro del costo o el monto del coseguro permitido por Medicare, lo que sea menor, para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
<p>Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex</p> <p>Este plan ofrece una asignación trimestral combinada de \$275. El beneficio máximo anual es de \$1,100.</p> <p>Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios <p>Los artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios <p>Los suplementos de hierbas incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre 	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.</p>	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.</p> <p>Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Clever Care. Estos suplementos se usan para tratar afecciones como la inflamación, la ansiedad, problemas del aparato digestivo y más.</p>

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de acupuntura (de rutina)</p> <p>Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de \$2,500 por año.</p> <p>Servicios de bienestar oriental</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 24 servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología 	<p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p> <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas</p>	<p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p> <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas</p>	<p>Debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Salud y bienestar (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico anual 	<p>\$0 de copago por una visita cada año</p>	<p>\$0 de copago por una visita cada año</p>	<p>Este examen es más completo que la visita anual de bienestar. Implica que el médico sienta, escuche o toque determinadas partes del cuerpo, además de realizar análisis de sangre y otras pruebas.</p>

Beneficios	Con Medi-Cal completo usted paga	Sin Medi-Cal, usted paga	Información importante que debe saber
<p>Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas</p> <p>Cuenta con personal de enfermería autorizado las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>	\$0 de copago por llamada	\$0 de copago por llamada	<p>Use este beneficio para obtener asesoramiento por parte de un profesional de enfermería autorizado cuando no sepa dónde acudir para recibir atención médica o cuando tenga preguntas sobre un evento de atención médica urgente.</p>
<p>Visita de telesalud</p> <p>Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día) • Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico 	<p>\$0 de copago por una visita médica o de salud mental</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>\$0 de copago por una visita médica o de salud mental</p> <p>\$40 de copago por una visita de salud mental</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p> Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.</p>


Otros beneficios incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura internacional	\$0 de copago	Este plan tiene un límite anual de \$100,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria* Disponible inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada para ayudar con la recuperación.	\$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año.	No disponible después de una visita de cirugía ambulatoria.
Sistema de respuesta personal ante emergencias (personal emergency response system, PERS)* Este plan ofrece un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.	\$0 de copago por año	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI)*</p> <p>Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>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.</p> <p>Comestibles (alimentos saludables) \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$100 por mes. No se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por 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. Se limitan a 40 horas por año.</p>	<p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

 Su costo compartido puede diferir según la farmacia que elija (p. ej., minorista estándar, fuera de la red, pedido por correo) o si recibe un suministro de 30 o 100 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos. El programa VBID elimina el importe del costo compartido de los medicamentos recetados. Los beneficiarios que tengan diabetes o un trastorno cardiovascular y reúnan los requisitos para recibir Ayuda Adicional son elegibles.

Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y lo que usted paga.

Etapa 1: Deducible anual	\$545 El deducible anual no se aplica a los medicamentos del Nivel 6 o de insulina.					
Etapa 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$5,030.	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (pedido por correo)		Costo compartido minorista (fuera de la red)*	
	Suministro de 30–100 días con VBID	Suministro de 30–100 días	Suministro de 100 días con VBID	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días con VBID	Suministro de 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad*	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro	\$0	25% de coseguro
Nivel 6: Medicamentos complementarios**	\$0		\$0		\$0	
Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.					

*El suministro a largo plazo de medicamentos no está disponible en farmacias fuera de la red, ni en farmacias minoristas o de pedido por correo para medicamentos seleccionados de los Niveles 1 a 6. **Los medicamentos complementarios de Nivel 6 incluyen Viagra genérico, medicamentos con receta para la tos y vitaminas.

TOTAL+

<p>Etapa 3: Interrupción de la cobertura</p> <p>Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$5,030, usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$8,000.</p>	<p>Durante esta etapa de pago, cuando cumple los requisitos para recibir VBID, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica</p> <p>Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$8,000, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>



Diseño de seguro basado en valor (VBID)

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Los beneficiarios que cumplan los requisitos para VBID recibirán beneficios mejorados y cobertura de medicamentos recetados **sin coste** alguno.



Reducción de costos compartidos de la Parte D: Clever Care pagará el costo total de los medicamentos recetados a través de la Etapa de cobertura inicial y la Brecha para los inscritos calificados en Total+ (HMO C-SNP).



Recompensas e incentivos: este plan ofrece a los inscritos dos programas de recompensas que le pagarán hasta \$600 por año. La participación no es un requisito para la inscripción; sin embargo, estos programas son una excelente manera de que usted se haga cargo de su salud.



Planificación del bienestar y la atención de la salud: tendrá la oportunidad de completar una Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) y desarrollar un Plan de atención avanzada que incluya una Directiva de atención médica anticipada (Advanced Healthcare Directive, AHCD), documentando el tipo de atención que desea recibir si no puede comunicar sus preferencias.



Recompensas de la Parte C

¡Gane hasta **\$300** con solo completar su Evaluación de riesgos para la salud (HRA), sus exámenes anuales de detección del cáncer, su esquema de vacunación y más! A cada actividad se le asigna un importe de recompensa diferente.



Recompensas de la Parte D

Los participantes pueden ganar hasta **\$300** al año, si demuestran adherencia a los medicamentos para diabéticos al 90% o mejor y completan una Revisión Integral de la Medicación (CMR) o si toman una estatina y participan en clases educativas.



Las recompensas se añaden a su tarjeta de débito flex Mastercard® y se pueden utilizar para:

- Comestibles
- Artículos de venta libre
- Suplementos de hierbas
- Membresías en gimnasios o actividades de acondicionamiento físico



¡Llámenos y estaremos encantados de ayudarle!
1-833-388-8168 (TTY: 711)

La elegibilidad para el Modelo de beneficios o el Programa de recompensas e incentivos del Modelo VBID no está garantizada y será determinada por el Plan tras la inscripción, en función de los criterios pertinentes (p. ej., diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de control de enfermedades).



Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) y hable con un representante de Servicio al Cliente. 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., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Comprensión de los beneficios

- En la Evidencia de Cobertura (EOC) se proporciona una lista completa de todos los tipos de cobertura y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite es.clevercarehealthplan.com/eoc o llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir médicos nuevos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos con receta está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- Para planes que tienen una prima mensual:** además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Para planes que no tienen prima:** usted no paga una prima mensual del plan separada por este plan, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.
- Solo para los planes HMO:** excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para los planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica.
- Efecto sobre la cobertura actual:** si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza Medigap ya que estará pagando por una cobertura que no podrá usar.

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.

Nuestro proveedor y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Protegemos su privacidad.
Consulte el Aviso de prácticas de privacidad: es.clevercarehealthplan.com/privacy. Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.

Medicamentos con receta

Para su comodidad, hemos enumerado algunos medicamentos de uso frecuente. Tenemos **más de 37,000 medicamentos** en nuestro formulario y seguimos añadiendo a esta lista. Si no ve un medicamento que toma, consulte nuestra lista de medicamentos en línea o llame al Servicio de atención al miembro.

Medicamentos de uso frecuente

Leyenda para abreviaturas en la columna de límites de medicamentos

QL = Quantity Limits (Límites de cantidad)
 PA = Prior Authorization required (Se requiere autorización previa)



Esta no es una lista completa de lo que está cubierto.

Escanee aquí para ver nuestra lista más actualizada.

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones de gestión de utilización
ATORVASTATIN CALCIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	
AMLODIPINE BESYLATE 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
LOSARTAN POTASSIUM 25mg, 50mg, 100mg	1	
METFORMIN HCL ER 500mg, 750mg	1	QL
OMEPRAZOLE 10mg, 20mg, 40mg	1	
TAMSULOSIN HCL 0.4mg	1	
VASCEPA 0.5g, 1g	2	QL
ROSUVASTATIN CALCIUM 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL
GABAPENTIN 100mg, 300mg, 400mg	1	QL
AMOXICILLIN 500mg 875mg	1	
METOPROLOL SUCCINATE 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
ALENDRONATE SODIUM 10mg, 35mg, 70mg	1	QL
TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.1%	1	
CREON 3000units, 6000units, 12000units, 24000units, 36000units	3	
LATANOPROST 0.01%	1	QL
LEVOTHYROXINE SODIUM 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 500mcg	1	
FLUTICASONE PROPIONATE 50mcg	1	QL
RESTASIS 0.05%	2	QL
PANTOPRAZOLE SODIUM 20mg, 40mg	1	QL
MELOXICAM 7.5mg	1	
CELECOXIB 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones de gestión de utilización
CLOPIDOGREL 75mg	1	
FINASTERIDE 5mg	1	
SILDENAFIL CITRATE 20mg	1	QL, PA
TRADJENTA 5mg	3	QL
JARDIANCE 10mg, 25mg	3	QL
DONEPEZIL HCL 5mg, 10mg	1	QL
AZITHROMYCIN 250mg, 500mg	1	
LOSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE 50-12.5mg, 100-12.5mg, 100-25mg	1	
MONTELUKAST SODIUM 4mg, 5mg, 10mg	1	
FAMOTIDINE 20mg, 40mg	1	
LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE 5mg	1	
LISINAPRIL 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
SIMVASTATIN 20mg, 40mg, 80mg	1	QL
ALBUTEROL SULFATE HFA 90mcg	2	QL
FARXIGA 5mg, 10mg	3	QL
OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS 1g	2	QL
AZELASTINE HCL 137mcg, 205mcg	2	QL
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
OLMESARTAN MEDOXOMIL 5mg, 20mg, 40mg	2	
ZOLPIDEM TARTRATE 5mg, 10mg	1	QL
PIOGLITAZONE HCL 15mg, 30mg, 45mg	1	QL
LINZESS 72mcg, 145mcg, 290mcg	3	QL
TRAZODONE HCL 50mg, 100mg, 150mg, 300mg	1	
ATENOLOL 25mg, 50mg, 100mg	1	
OLOPATADINE HCL 0.1%, 0.2%	2	
SERTRALINE HCL 25mg, 50mg, 100mg	1	
KETOCONAZOLE 2%	2	QL
ALLOPURINOL 100mg, 300mg,	1	
GLIPIZIDE and GLIPIZIDE ER 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0.12%	1	
LIDOCAINE 5% OINTMENT OR PATCH	2	QL
MECLIZINE HCL 12.5mg, 25mg	2	
METOPROLOL TARTRATE 25mg, 50mg, 100mg	1	
CARVEDILOL 3.125, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
EZETIMIBE 10mg	1	QL
MEMANTINE HCL 5mg, 10mg	2	QL
DORZOLAMIDE-TIMOLOL 22.3-6.8/1	2	
PRAVASTATIN SODIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones de gestión de utilización
TRAMADOL HCL 50mg	1	QL
BACLOFEN 5mg, 10mg, 20mg	2	
CIPROFLOXACIN HCL 250mg, 500mg, 750mg	2	
TIMOLOL MALEATE 0.25%, 0.5%	1	
FENOFIBRATE 54mg, 160mg	2	
JANUVIA 25mg, 50mg, 100mg	4	QL, PA
MYRBETRIQ ER 25mg, 50mg	3	
NAPROXEN 250mg, 375mg, 500mg	1	
TRULICITY 0.75mg/0.5mL, 1.5mg/0.5mL, 3mg/0.5mL, 4.5mg/0.5mL	3	QL
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300mg-15mg, 300mg-30mg, 300mg-60mg,	2	QL
ESCITALOPRAM OXALATE 5mg, 10mg, 20mg	1	
GLIMEPIRIDE 1mg, 2mg, 4mg	1	QL
FLUOCINONIDE 0.05%	2	
FUROSEMIDE 20mg, 40mg 80mg	1	
ALPRAZOLAM 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	1	QL
BENZAEPRIIL HCL 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE POTASS 500-125mg, 875-125mg	1	
ELIQUIS 2.5mg, 5mg	3	QL
CICLOPIROX 8% solution	2	QL
PREGABALIN 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL
LOVASTATIN 10mg, 20mg, 40mg	1	
LORAZEPAM 1mg, 2mg	1	QL
XARELTO 10mg, 15mg, 20mg	3	QL
LOPERAMIDE 2mg	2	

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Clever Care Health Plan - H7607

En el 2024, Clever Care Health Plan - H7607 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★☆☆☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★☆☆☆

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★☆☆☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Clever Care Health Plan 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico a 833-388-8168 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 de septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico. Miembros actuales favor de llamar 833-388-8168 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

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.

Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

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

Clever Care:

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

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

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

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

Correo electrónico: civilrightscordinator@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>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español (Spanish): Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 388-8168 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 388-8168 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 388-8168 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 808-8163 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 388-8168 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 808-8164 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 388-8168 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 388-8168 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (833) 388-8168 (TTY:711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 388-8168 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 388-8168 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 388-8168 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

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



Prima mensual del plan para las personas que reciben ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los gastos de sus medicamentos recetados

Si recibe ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, su prima mensual del plan será más baja de lo que sería en caso de no recibir ayuda adicional de Medicare.

Si recibe ayuda adicional, la prima mensual de su plan será \$0 para cualquiera de los planes que se indican a continuación. (Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que tenga que pagar.)

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Active (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

La prima de Clever Care Health Plan incluye cobertura para servicios médicos y cobertura de medicamentos con receta.

Si no recibe ayuda adicional, puede ver si reúne los requisitos llamando:

- Al 1-800-MEDICARE o los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana),
- A su oficina estatal de Medicaid, o
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al (833) 388-8168 (usuarios de TTY pueden llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre. Las horas indicadas corresponden a la zona horaria del Pacífico.

Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP con un contrato Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

H7607_24_CM1316_C 07172023

Inscríbase en un plan de salud de Clever Care



**Su agente completará
el formulario de Confirmación de temas
de la cita de ventas**



Complete la solicitud de inscripción
(necesitará su tarjeta de identificación de Medicare)



Firme y devuelva la solicitud a Clever Care

Inscríbase en 4 sencillos pasos

Paso 1

Verifique que es elegible para inscribirse.

Paso 2

Seleccione un plan Medicare Advantage de Clever Care.

Para inscribirse en el plan Clever Care Total+ (HMO C-SNP) plan, debe certificar en el formulario de inscripción que tiene diabetes o un trastorno cardiovascular.

Paso 3

Elija a su médico de atención primaria (PCP).

Encuentre proveedores participantes en es.clevercarehealthplan.com/provider.

Escriba el nombre y el número de identificación del PCP. Lo necesitará para completar el formulario de inscripción.

Paso 4

Complete y devuelva el formulario de inscripción.

¡Se ha inscrito! ¿Y ahora qué?

Una vez que Clever Care Health Plan reciba su solicitud de inscripción, inmediatamente comenzaremos a procesar su inscripción. En el plazo de los 30 días posteriores a la inscripción, recibirá lo siguiente:



Carta de confirmación de inscripción

Después de que Medicare apruebe su inscripción, dentro de los 10 días recibirá una confirmación de inscripción de Clever Care.



Tarjeta de identificación de miembro de Clever Care

Se le enviará su nueva tarjeta de identificación por correo dentro de los 10 días posteriores a su inscripción confirmada. También recibirá información sobre su Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y otros documentos del plan.



Bienvenido a Clever Care

Recibirá por correo una Guía para miembros con información sobre cómo aprovechar al máximo su plan de salud y una llamada de bienvenida para responder a todas sus preguntas.

Si reúne los requisitos para la "Ayuda Adicional" de Medicare para la cobertura de sus medicamentos, recibirá una carta de "Subsidio por bajos ingresos" (Low Income Subsidy, LIS) dentro de los 10 días de su inscripción verificada.



Confirmación De Temas De La Cita De Ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes documenten los temas de una cita de venta antes de cualquier reunión de ventas en persona para comprender lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado).

Ponga sus iniciales al lado del tipo de producto que desea que el agente discuta.

Clever Care Planes de Medicare Advantage y de Medicamentos (Parte C)

_____ **Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:** Un plan de Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, sólo puede recibir atención de los médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

_____ **Plan de Medicare para Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP):** Un plan de Medicare Advantage que cuenta con un paquete de prestaciones diseñado para personas con necesidades de salud especiales. Un ejemplo de los grupos específicos atendidos son las personas con ciertas enfermedades crónicas.

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales. No tiene obligación de inscribirse. El estado de inscripción actual o futura a Medicare no se verá afectada y no se producirá la inscripción automática.

Firma:

Fecha:

MM / DD / AAAA

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo con letra de imprenta.

Nombre del Representante:

Su Relación con el Beneficiario:

SECCIÓN AGENTE: Devuelva este formulario junto con la solicitud de inscripción cumplimentada

Nombre del Agente:

Teléfono del Agente:

() -

Nombre del Beneficiario:

Teléfono del Beneficiario (opcional):

() -

Dirección del Beneficiario:

Indique el método de contacto: Evento de ventas Sin cita previa Llamada entrante
 Tarjeta de autorización para llamar

Si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó antes de la reunión:

Firma del Agente:

Fecha de Finalización de la Cita:

MM / DD / AAAA

La documentación de Temas de la Cita de Ventas está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS.

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener los dos seguros indicados a continuación:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1.º de enero).
- En el lapso de 3 meses desde la primera vez que se inscribe en Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de planes.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta Medicare roja, blanca y azul).
- Su dirección permanente y su número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que sus pagos de prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué pasa después?

Una vez que haya completado su formulario de inscripción, recibirá una solicitud firmada y completada, que incluirá un número de confirmación, para su referencia, en el correo electrónico proporcionado. Clever Care Health Plan procesará su solicitud para enviarla a los CMS. Recibirá una notificación de aceptación o denegación de inscripción en el transcurso de 7 a 10 días laborables.

¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Llame a Clever Care al 1-833-388-8168. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Clever Care al 1-833-388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima 2 para recibir asistencia en español; un representante se pondrá a su disposición para asistirle.

Personas que experimentan falta de hogar

- Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, una dirección de apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (p. ej., cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la estimación del tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atte: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) (PRA Reports Clearance Office). Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

Sección 1

Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

Elija el plan al que desea unirse:

Clever Care **Longevity** (HMO) H7607-002

<input type="checkbox"/>	001-Condado de Los Angeles	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	002-Condado de Orange	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	003-Condado de San Diego	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	004-Condado de San Bernardino	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	005-Condado de Riverside	\$0 por mes

Clever Care **Value** (HMO) H7607-008

<input type="checkbox"/>	001-Condado de Los Angeles	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	002-Condado de Orange	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	003-Condado de San Diego	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	004-Condado de San Bernardino	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	005-Condado de Riverside	\$0 por mes

Clever Care **Active** (HMO) H7607-007

<input type="checkbox"/>	001-Condado de Los Angeles	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	002-Condado de Orange	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	003-Condado de San Diego	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	004-Condado de San Bernardino	\$0 por mes
<input type="checkbox"/>	005-Condado de Riverside	\$0 por mes

Clever Care **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

<input type="checkbox"/>	001-Condado de Los Angeles	\$15.70 por mes
<input type="checkbox"/>	002-Condado de Orange	\$15.70 por mes
<input type="checkbox"/>	004-Condado de San Bernardino	\$15.70 por mes
<input type="checkbox"/>	005-Condado de Riverside	\$15.70 por mes

APELLIDO:

NOMBRE: **INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (opcional):**

Fecha de nacimiento: / / **Sexo:** Masculino Femenino

Número de teléfono: () -

Dirección de residencia permanente (no introducir un apartado de correo):

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite ingresar un apartado de correo):

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

Según la Revisión del Modelo de Atención, Clever Care Health Plan, Inc. ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para administrar un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) hasta 2024.

Sección 1

Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales) *continuación*

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Clever Care? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

OPCIONAL:

¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medi-Cal (Medicaid): _____

Complete solo si se está inscribiendo en el plan Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

¿Ha sido diagnosticado con **diabetes** (alto nivel de azúcar en la sangre) o está tomando insulina u otros medicamentos para controlar su nivel de azúcar en la sangre? Sí No

¿Ha sido diagnosticado con **arritmia cardíaca** o fibrilación auricular (FA) o ha tenido problemas con latidos cardíacos rápidos e irregulares? Sí No

¿Ha sido diagnosticado con **enfermedad de las arterias coronarias (EAC)** o **enfermedad vascular periférica**, ha tenido un ataque al corazón o ha experimentado mala circulación debido al endurecimiento de las arterias o venas? Sí No

¿Ha sido diagnosticado con **trastorno tromboembólico venoso crónico** o ha tenido coágulos sanguíneos en las venas más de una vez? Sí No

¿Está tomando medicamentos para tratar sus afecciones? Sí No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos:

Médico que puede verificar su(s) afección(es)

Nombre: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

Dirección del consultorio:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorización para la divulgación de información de salud

Mi firma a continuación autoriza al proveedor mencionado anteriormente y/o a mi médico de atención primaria a divulgar mi información de salud y/o proporcionar historias clínicas a Clever Care Health Plan.

Sección 1

Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales) *continuación*

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Clever Care Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, comprendo que Clever Care compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la ley de privacidad a continuación). Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Clever Care Health Plan, deberé recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Clever Care Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Clever Care Health Plan que estén incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Clever Care Health Plan. Ni Medicare ni Clever Care pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que al marcar esta casilla esto representa que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo su contenido. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 1. esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
 2. la documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Fecha de hoy:

M	M	/	D	D	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Si usted es el representante autorizado, marque la casilla de arriba y complete los siguientes campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2

Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Sí, cubano ⁽⁴⁾ |
| <input type="checkbox"/> Sí, mejicano, mejicanoamericano, chicano/a ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español ⁽⁵⁾ |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> Elijo no responder. ⁽⁶⁾ |

Sección 3

Pago de la prima del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda tener) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan.

NO pague a Clever Care el Part D-IRMAA.

Seleccione una opción para el pago de la prima. Si no selecciona ninguna, recibirá una factura.

- Recibir una factura.
- Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Recibo beneficios mensuales de: i) Seguro Social ii) RRB

La deducción del Seguro Social o la RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por correo.

¡Gracias por elegir Clever Care Health Plan! (opcional)

Tómese un momento para contarnos cómo se enteró de Clever Care. Seleccione uno o más de los siguientes ejemplos:

- Televisión⁽¹⁾
- Radio⁽²⁾
- Periódico⁽³⁾
- Redes sociales o computadora (Google, Facebook, YouTube, aplicación de juegos)⁽⁴⁾
- Correo⁽⁵⁾
- Familiar, amigo, médico o acupunturista⁽⁶⁾
- Su corredor de seguros⁽⁷⁾
- Evento⁽⁸⁾
- Otro:⁽⁹⁾ _____

SOLO PARA USO DEL AGENTE (obligatorio)

Nombre del agente:	Número de productor nacional (NPN):
FMO (si corresponde)	¿Solicitud telefónica?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: M M / D D / A A A A	Fecha en que se recibió la solicitud: M M / D D / A A A A

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. El artículo 1851 de la Ley de Seguridad Social, y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción.

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. **Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla que se aplique a usted.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente se determina que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.⁽¹⁾
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).⁽²⁾
- Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/____/____.⁽³⁾
- Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el ____/____/____.⁽⁴⁾
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el ____/____/____.⁽⁵⁾
- Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el ____/____/____.⁽⁶⁾
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ____/____/____.⁽⁷⁾
- Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de la Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el ____/____/____.⁽⁸⁾
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.⁽⁹⁾
- Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos), vivo en uno o recientemente me fui de uno. Me mudé/Me mudaré al centro o me iré del centro el ____/____/____.⁽¹⁰⁾
- Recientemente dejé un programa PACE® el ____/____/____.⁽¹¹⁾
- Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ____/____/____.⁽¹²⁾
- Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el ____/____/____.⁽¹³⁾
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.⁽¹⁴⁾
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.⁽¹⁵⁾
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente.
Mi inscripción en ese plan comenzó el ____/____/____.⁽¹⁶⁾
- Me inscribieron en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el ____/____/____.⁽¹⁷⁾
- Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplica a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.⁽¹⁸⁾

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con Clever Care llamando al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** para saber si es elegible para inscribirse.



Formulario de verificación de condición crónica

Nombre del proveedor: _____

Uno de sus pacientes ha optado inscribirse en un Plan de Necesidades Crónicas Especiales Clever Care (C-SNP). Para calificar para la inscripción continua en este plan, CMS requiere verificación de que el individuo ha sido diagnosticado con una o más de las condiciones crónicas que califican para el plan. **Por favor, complete una verificación verbal o escrita dentro de las 48 horas siguientes de recibir.** Teléfono: **(833) 388-8168** | Fax: **(657) 276-4757**.

Información del paciente

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Identificación de Medicare (MBI):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	

Verifique las condiciones que cumplen los requisitos del paciente (marque todas las que correspondan)

- Diabetes mellitus
- Arritmia cardíaca
- Periférica Enfermedad de las arterias coronarias
- El paciente no tiene ninguna de las enfermedades crónicas anteriores documentadas en su historia clínica.
- Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Enfermedad vascular

Certificado de proveedor de atención médica (puede ser completado por el proveedor o el personal de la oficina)

Certifico que los datos arriba indicados son correctos y constan en la historia clínica del paciente.

Nombre impreso:	Título:
Firma:	Fecha (mm/dd/aaaa):

CLEVER CARE OFFICE USE ONLY

Date received:	Clever Care associate:	Status:
----------------	------------------------	---------