



 **2025**  
Resumen de beneficios

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

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos recetados

**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 2025**

TOTAL+

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos recetados. 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](https://es.clevercarehealthplan.com/eoc).

**Para inscribirse en este 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<sup>1</sup>, y
4. 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](https://es.clevercarehealthplan.com/provider)



**Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).**

[es.clevercarehealthplan.com/formulary](https://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](mailto:sales@clevercarehealthplan.com).

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *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.

<sup>1</sup>Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse depende de que se compruebe que padece una enfermedad crónica que cumple los requisitos. No todos los miembros cumplen los requisitos. Algunas condiciones están excluidas (por ejemplo, la hipertensión y la prediabetes).



# Resumen de beneficios 2025 | Clever Care Total+ (HMO C-SNP)




Un plan integral para personas con diagnóstico de un trastorno cardiovascular o diabetes; incluye reducción del costo de los medicamentos recetados para los beneficiarios del subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

**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, el deducible, 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
<b>Prima mensual del plan</b> (Parte C y Parte D)	\$0	\$18.40	 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0	\$590	 Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos recetados de la Parte D.
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye los medicamentos recetados)	\$0 al año	\$9,350 al año	 Este es el monto máximo que pagará anualmente 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
<b>Cobertura para hospitalización*</b>	\$0 de copago por período de beneficio	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2024 y es posible que se modifiquen en 2025. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,632 por período de beneficio</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más</li> <li>• \$408 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio</li> </ul>	

\*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
<b>Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización ambulatoria</li> <li>Servicios de observación</li> </ul>	\$0 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación	20 % de coseguro por estancia	
<b>Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ASC)*</b>	0 % de coseguro por visita	20 % de coseguro por visita	
<b>Visitas a médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de atención primaria (PCP)</li> <li>Especialista*</li> </ul>	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita de especialista	20 % de coseguro por visita 20 % de coseguro por visita de especialista	
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de bienvenida a Medicare o visita anual de bienestar y todos los demás servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare</li> </ul>	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita	
<b>Atención de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de emergencias</li> </ul>	\$0 por visita	\$95 de copago por visita	 El copago es \$0 si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas por la misma afección.
<b>Servicios de urgencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de atención de urgencia</li> </ul>	\$0 de copago por visita	\$25 de copago por visita	


\*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><b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de laboratorio</li> <li>Pruebas de diagnóstico, procedimientos</li> <li>Radiografías</li> <li>Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.)</li> </ul>	<p>\$0 de copago por servicio de laboratorio</p> <p>0 % de coseguro por prueba, procedimiento de diagnóstico o radiografía</p> <p>\$0 de copago por servicio de radiología</p>	<p>20 % de coseguro por servicio de laboratorio</p> <p>\$0 de copago por prueba de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 20 % por radiografía</p> <p>20 % de coseguro por servicio de radiología</p>	
<p><b>Servicios de audición*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios cubiertos por Medicare</li> </ul> <p><b>Servicios de audición (de rutina)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes auditivos de rutina (límite de 1)</li> <li>Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3)</li> <li>Audífonos</li> </ul> <p>Este plan ofrece una <b>asignación de \$600</b> para audífonos, por oído, por año.</p>	<p>\$0 de copago por servicio</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</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 nuestra red 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><b>Servicios dentales*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios cubiertos por Medicare</li> </ul> <p><b>Servicios dentales (PPO)*</b></p> <p><b>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (límite de 2)</li> <li>Limpiezas dentales (límite de 2)</li> <li>Tratamiento con flúor (límite de 1)</li> <li>Radiografía de mordida (límite de 2)</li> <li>Radiografía dental (límite de 1)</li> </ul> <p><b>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Empastes y reparaciones</li> <li>Tratamientos de conducto</li> <li>Coronas dentales</li> <li>Implantes</li> <li>Puentes, dentaduras, extracciones</li> </ul> <p>Este plan proporciona una <b>asignación trimestral de \$550</b> para gastar en servicios dentales integrales y preventivos. El beneficio máximo anual es de \$2,200.</p>	<p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago para servicios dentales integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago para servicios dentales integrales y preventivos hasta el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Se aplican limitaciones y exclusiones para los servicios integrales. Se requiere autorización previa para los implantes y otros servicios.</p> <p>No hay ningún requisito para permanecer dentro de la red. Sin embargo, acudir a proveedores dentro de nuestra red puede hacer que sus gastos de bolsillo pueden ser menores.</p> <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido por los servicios cubiertos 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><b>Servicios de la visión*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</li> </ul> <p><b>Servicios de la visión (de rutina)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la visión de rutina</li> <li>Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto)</li> <li>Mejoras</li> </ul> <p>Este plan ofrece una <b>asignación anual de \$200</b> 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>\$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 nuestra red 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><b>Servicios de salud mental*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización: hospital psiquiátrico</li> </ul> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>\$0 por estadía por período de beneficio</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2024 y es posible que se modifiquen en 2025. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deducible de \$1,632 por período de beneficio.</li> <li>\$0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más</li> <li>\$408 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio</li> </ul> <p>20 % de coseguro 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
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b>	\$0 de copago por estancia	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2024 y es posible que se modifiquen en 2025. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago, por día, para los días 1 a 20 de cada período de beneficio</li> <li>• \$204 de copago, por día, para los días 21 a 100 de cada período de beneficio</li> </ul>	 <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p>
<b>Fisioterapia*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje</li> </ul>	\$0 de copago por visita	20 % de coseguro por visita	
<b>Ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte terrestre</li> <li>• Transporte aéreo</li> </ul>	0 % de coseguro por viaje (por trayecto)	20 % de coseguro por viaje (por trayecto)	
<b>Transporte</b> Este plan ofrece <b>24 viajes de un solo tramo</b> 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 30 millas.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina</li> <li>• Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	0 % de coseguro	Coseguro del 0 % al 20 % del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los \$35  Coseguro del 0 % al 20 % del costo o del monto permitido por Medicare	 <p>Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20 % del coseguro o los \$35 para la insulina.</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><b>Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex</b></p> <p>Este plan ofrece una <b>asignación trimestral combinada de \$200</b>. El beneficio máximo anual es de \$800.</p> <p><b>Las actividades de acondicionamiento físico</b> incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Golf, tenis de mesa</li> <li>• Tai Chi, yoga</li> <li>• Membresía en gimnasios</li> </ul> <p><b>Los artículos de venta libre (OTC)</b> incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésicos</li> <li>• Medicamentos para el resfriado y la gripe</li> <li>• Suministros de primeros auxilios</li> </ul> <p><b>Los suplementos de hierbas</b> incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginseng</li> <li>• Nido comestible</li> <li>• Bálsamo de tigre</li> </ul>	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p><b>Usted elige</b> cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta flex.</p>	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p><b>Usted elige</b> cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta flex.</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><b>Servicios de acupuntura (de rutina)</b></p> <p>Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de <b>\$2,000 por año.</b></p> <p><b>Servicios de bienestar oriental</b></p> <p>Este plan ofrece un máximo de <b>24</b> servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cupping/Moxa</li> <li>• Tui Na, Gua Sha</li> <li>• Med-X y reflexología</li> </ul>	<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 para los servicios de rutina.</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><b>Salud y bienestar (de rutina)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen físico anual</li> </ul>	<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>
<p><b>Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas</b></p> <p>Cuenta con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>	<p>\$0 de copago por llamada</p>	<p>\$0 de copago por llamada</p>	<p>Use este beneficio para obtener asesoramiento por parte de un profesional de enfermería registrado cuando no sepa dónde acudir para recibir atención médica o cuando tenga preguntas sobre un evento de salud urgente.</p>
<p><b>Visita de telesalud</b></p> <p>Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día)</li> <li>• Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico.</li> </ul>	<p>\$0 de copago por una visita médica o de salud mental</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>20 % de coseguro por una visita médica o 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
<b>Cobertura internacional</b>	\$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.
<b>Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria*</b> 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 un procedimiento ambulatorio.
<b>Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS)*</b> Este consiste en 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><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)*</b></p> <p>Si su PCP le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos autoinmunitarios</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Trastornos cardiovasculares</li> <li>• Dependencia crónica de alcohol o drogas</li> <li>• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>• Enfermedades pulmonares crónicas</li> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad hepática en etapa terminal</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Trastornos hematológicos graves</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> </ul>	<p><b>Comidas para afecciones crónicas</b> \$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><b>Servicio de telemonitorización</b> \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p><b>Evaluación de seguridad en el hogar</b> \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año.</p> <p><b>Servicios de asistencia a domicilio</b> \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Se limitan a 40 horas por año.</p> <p><b>Beneficios de necesidades sociales</b> \$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><b>Asistencia para los cuidadores</b> \$0 de copago por cuidados de relevo. Se limitan a 40 horas por año.</p>	<p>Los beneficios mencionado forma parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunas condiciones están excluidas (por ejemplo, la hipertensión y la prediabetes). No todos los miembros califican.</p> <p>Se requiere autorización previa y confirmación de su PCP para poder aprovechar estos beneficios.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.



# Rx Cobertura de medicamentos recetados

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

 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. Si tiene Medi-Cal y costo compartido, Medi-Cal o un tercero pagará la totalidad o parte del deducible de la Parte D. El modelo de diseño de seguro basado en valor (Value Based Insurance Design, VBID) elimina el monto del costo compartido de los medicamentos recetados para los beneficiarios que reciben ayuda adicional.

## Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D y lo que usted paga.

<b>Etapa 1: Deducible anual</b>	<b>\$590</b> El deducible anual no se aplica a los medicamentos del Nivel 6 o de insulina.					
<b>Etapa 2: Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$2,000.	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b>		<b>Costo compartido estándar por pedido por correo</b>		<b>Costo compartido minorista (fuera de la red)*</b>	
	<b>Suministro para 30 a 100 días con VBID</b>	<b>Suministro para 30 a 100 días</b>	<b>Suministro para 100 días con VBID</b>	<b>Suministro para 100 días</b>	<b>Suministro para 30 días con VBID</b>	<b>Suministro para 30 días</b>
<b>Nivel 1: Genérico preferido</b>	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro
<b>Nivel 2: Genérico</b>	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro
<b>Nivel 3: Marca preferida</b>	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos</b>	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad*</b>	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro	\$0	25 % de coseguro
<b>Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva**</b>	\$0		\$0		\$0	

<b>Insulina</b>	No pagará un deducible o 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.
<b>Vacunas:</b>	No pagará un deducible ni un copago por las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), independientemente del nivel de costos compartidos.
<b>Etapa 3: Cobertura catastrófica</b> Después de que el costo máximo por gastos de bolsillo anual total por medicamentos llegue a \$2,000, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.	Durante esta etapa de pago, usted paga \$0 por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

- \* 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.
- \*\* El Nivel 6 incluye Viagra genérico, medicamentos recetados para la tos y vitaminas.



# Diseño de seguro basado en valor (VBID)

Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Para ser elegible para los beneficios y programas adicionales de VBID, un beneficiario debe recibir asistencia de subsidio por bajos ingresos (Ayuda adicional) de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Se requiere autorización del plan.



**Asignación para alimentos y productos agrícolas:** los miembros elegibles recibirán \$125 por mes. El monto mensual se cargará en la tarjeta flex. Use la asignación para comprar alimentos y productos agrícolas saludables en las tiendas de comestibles locales participantes. Ningún saldo restante al final del mes se transferirá al mes siguiente.



**Transporte (que no sea de emergencia):** los miembros elegibles recibirán 24 viajes de ida o vuelta a citas con el médico, la farmacia o cualquier otro lugar relacionado con la salud en un radio de 30 millas.



**Reducción de costos compartidos de la Parte D:** los miembros elegibles no pagarán nada (\$0) por todos los medicamentos recetados de los Niveles 1 a 5.



**Recompensas e incentivos:** los miembros de Total+ que surtan y cumplan con un medicamento para la diabetes o de estatinas pueden ganar hasta \$100 cada tres meses (\$50 por medicamento), hasta un máximo anual de \$300. Además de demostrar un cumplimiento con los medicamentos recetados de al menos el 90 %, también se debe hacer una revisión completa gratuita de los medicamentos. La participación no es un requisito para la inscripción.



Las recompensas se añaden a su tarjeta flex y se pueden utilizar para:

- Comestibles (alimentos saludables)
- 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)**

Medicare aprobó Clever Care Health Plan, Inc. para proporcionar estos beneficios o copagos más bajos como parte del programa de diseño de seguro basado en valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. La elegibilidad para el programa de beneficios complementarios o de recompensas e incentivos de la Parte D en virtud del modelo de 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 [clevercarehealthplan.com/eoc](https://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 recetados está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- 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: [clevercarehealthplan.com/privacy](https://clevercarehealthplan.com/privacy). Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.