



**2025**  
Resumen de beneficios

## **Clever Care Value (HMO)**

**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**

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.levercarehealthplan.com/eoc](https://es.levercarehealthplan.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, 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](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.



# Resumen de beneficios 2025

**Clever Care Value (HMO)** | Un plan esencial con una reducción de la prima de la Parte B entre \$105 y \$110.

## Primas, deducibles y límites

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Prima mensual del plan</b> (Parte C y Parte D)	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b> (varía según el condado)	La diferencia entre el importe pagado por el plan y la prima de la Parte B.  <ul style="list-style-type: none"> <li>\$110 en LA y Orange</li> <li>\$105 en San Diego, San Bernardino y Riverside</li> </ul>	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 sale de su cheque del Seguro Social, el monto reducido se reflejará en su cheque mensual.
<b>Deducible</b>	\$0	
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye los medicamentos recetados)	\$2,900 al año	Este es el monto máximo que pagará anualmente por los servicios cubiertos de Medicare.

## Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Cobertura para hospitalización*</b>	\$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	
<b>Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización ambulatoria</li> <li>Servicios de observación</li> </ul>	\$75 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación	
<b>Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ASC)*</b>	\$75 de copago 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 \$5 de copago 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	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.

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Atención de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de emergencias</li> </ul>	\$125 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	
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*</b> <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>	\$0 de copago por servicio de laboratorio \$0 de copago por servicio \$0 de copago por radiografía \$75 de copago por servicio	
<b>Servicios de audición*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios cubiertos por Medicare</li> </ul> <b>Servicios de audición (de rutina)</b> <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>	\$0 de copago por servicio \$0 de copago por examen \$0 de copago por servicio \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	<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	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 \$200</b> para gastar en servicios dentales preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de \$800.</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>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>
<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 \$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>

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p><b>Servicios de salud mental*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización: hospital psiquiátrico</li> <li>Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual)</li> </ul>	<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><b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b></p>	<p>\$0 de copago, por día, para los días 1 a 20;</p> <p>\$214 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><b>Fisioterapia*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje</li> </ul>	<p>\$5 de copago por visita</p>	
<p><b>Ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transporte terrestre</li> <li>Transporte aéreo</li> </ul>	<p>\$200 de copago por viaje (por tramo)</p> <p>Coseguro del 20 % por viaje</p>	
<p><b>Transporte</b></p> <p>Este plan ofrece <b>16 viajes de un solo tramo</b> que no sean de emergencia.</p>	<p>\$0 de copago por viaje</p>	<p>Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 30 millas.</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insulina</li> <li>Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	<p>Coseguro del 0 % al 20 % del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los \$35</p> <p>Coseguro del 0 % al 20 % del costo o del monto permitido por Medicare</p>	<p>Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero el costo compartido no superará el 20 % de coseguro o los \$35 para la insulina.</p>

## Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	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 \$50</b>. El beneficio máximo anual es de \$200.</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>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><b>Servicios de acupuntura (de rutina)</b></p> <p>Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados <b>hasta un máximo de \$1,000 por año</b>.</p> <p><b>Servicios de bienestar oriental</b></p> <p>Este plan ofrece un máximo de <b>12</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>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>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>

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas</b> Cuenta con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 365 días del año.	\$0 de copago por llamada	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.
<b>Visita de telesalud</b> Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora. <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>	\$0 de copago por una visita médica \$40 de copago por una visita de salud mental \$0 de copago por visita	Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.

## 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 \$55,000 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 cardiaca 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>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Trastornos hematológicos graves</li> </ul>	<p><b>Alimentos y productos agrícolas saludables (comestibles)</b></p> <p>\$0 de copago para alimentos elegibles con una asignación de \$25 por mes. El saldo restante no se transfiere al mes siguiente.</p>	<p>El beneficio 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 que la asignación para comestibles pueda agregarse a la tarjeta flex.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

# Rx Cobertura de medicamentos recetados

Clever Care Value (HMO)

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 recetados de la Parte D y lo que usted paga.

<b>Etapa 1: Deducible anual</b>	<b>\$0</b> Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
<b>Etapa 2: Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos 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 días</b>	<b>Suministro para 100 días</b>	<b>Suministro para 100 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>
<b>Nivel 1: Genérico preferido</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2: Genérico</b>	\$5 de copago	\$15 de copago	\$10 de copago	\$5 de copago
<b>Nivel 3: Marca preferida</b>	\$47 de copago	\$141 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos</b>	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad*</b>	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro
<b>Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva**</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<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.			
<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.



# 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](http://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.