



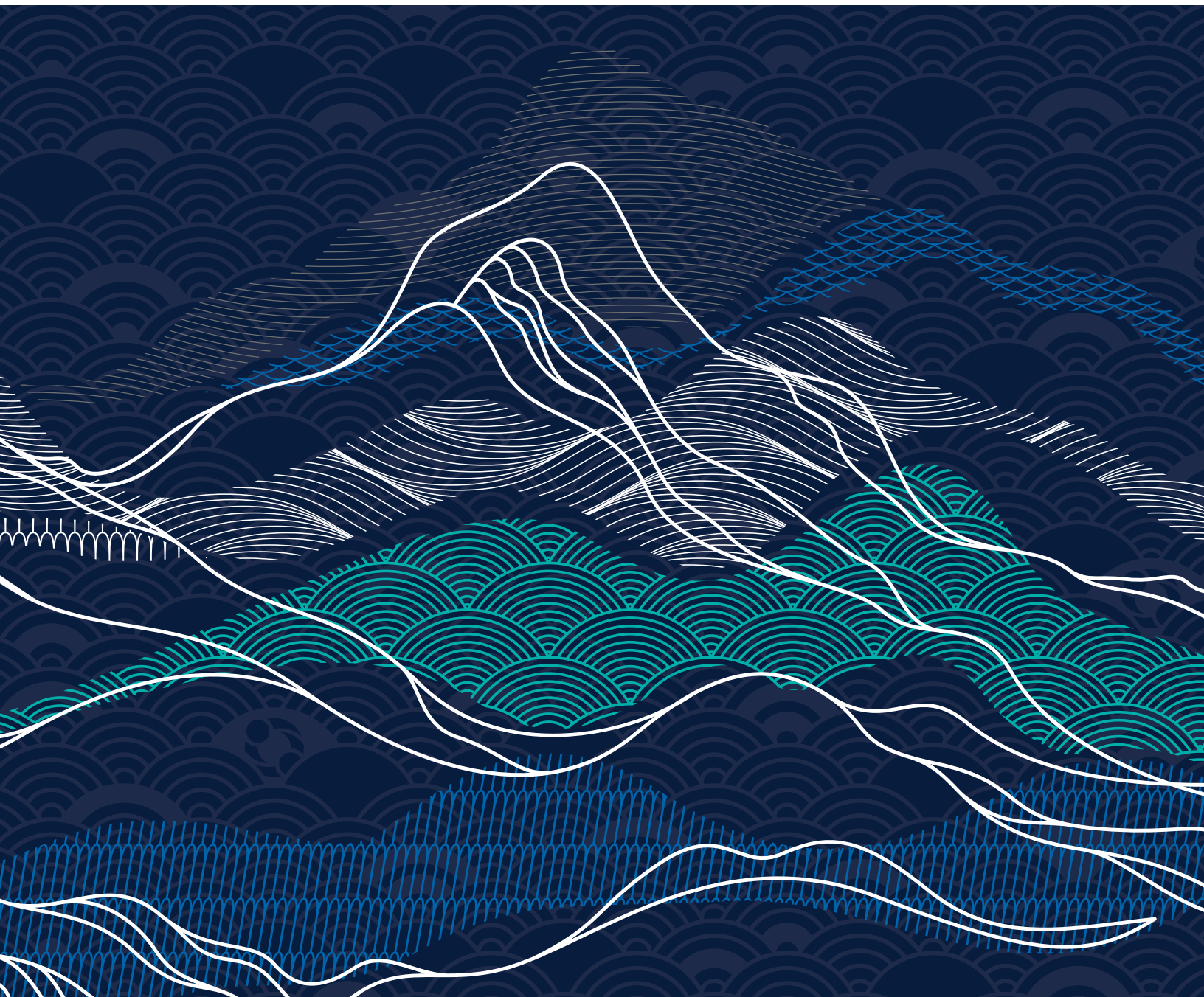
2025

# Guía de inscripción

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

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP)

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



# 2025

## Guía de inscripción Planes Medicare Advantage (HMO) y (HMO C-SNP) de Clever Care

**Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP)**

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

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.

Llame e inscribese ahora:  
**(833) 365-1888 (TTY: 711)**

Miembros actuales:  
**(833) 388-8168 (TTY: 711)**

**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](https://es.clevercarehealthplan.com)

# El idioma nunca debe ser un obstáculo para obtener una atención de calidad.

Nuestros planes HMO, que incluyen un plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) para personas con diabetes o trastornos cardiovasculares, ofrecen servicios multilingües para apoyarle en cada etapa de su experiencia de atención médica, sin importar dónde se encuentre.

La combinación única de medicina occidental y bienestar oriental en Clever Care abarca todos los aspectos de la atención, y respeta sus tradiciones y valores.

Este libro le proporciona toda la información que necesita sobre los planes Medicare Advantage de Clever Care y le sirve como guía durante el proceso de inscripción.

Esperamos darle la bienvenida a la familia Clever Care.



**Richard Greene**  
Presidente



**Martina Lee Strickland**  
Directora de Crecimiento

---

## Contenido

### Conceptos básicos de Medicare

#### Acerca de Clever Care

#### Le tenemos cubierto

#### Descripción general de Clever Care Plan

#### Resumen de beneficios

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

### Para su información

- Medicamentos recetados
- Calificaciones de estrellas
- Tabla de primas de Ayuda Adicional
- NDN
- MLI

### Inscripción

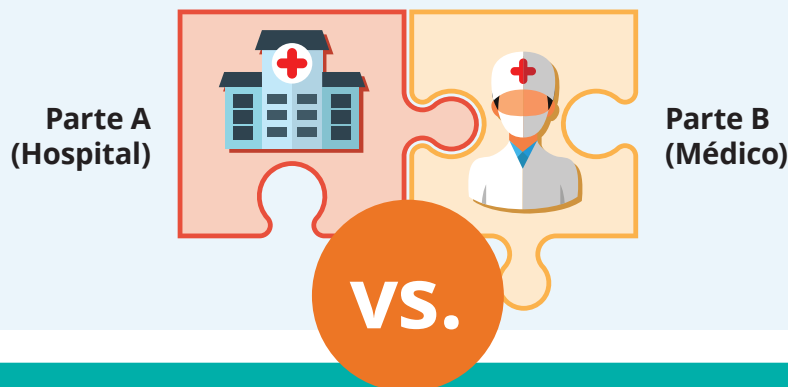
- Pasos para inscribirse
- Alcance de la designación (para su agente)
- Forma de inscripción
- Verificación de enfermedad crónica (para su proveedor)

# 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 Original Medicare, más extras, como odontología, visión, audición, medicamentos de venta libre y acondicionamiento físico, y en algunos casos, la Parte D (Medicamentos recetados).

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:



Descargue nuestra **Guía Clever de Medicare** de [es.clevercarehealthplan.com/clever-guides](https://es.clevercarehealthplan.com/clever-guides).

# Acerca de Clever Care

Con más de 15,000 proveedores, más de 50 hospitales líderes, y más de 2,000 médicos bilingües y especialistas en el bienestar oriental, los planes 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 900 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

## Unimos las tradiciones de la salud y la comunidad

No solo reconocemos a las comunidades a las que prestamos servicios, sino que participamos activamente en ellas. Clever Care tiene centros comunitarios que ofrecen recursos gratuitos en los idiomas vietnamita, coreano, mandarín y cantonés a través de programas como los siguientes:



- 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 Servicios para Miembros al número gratuito (833)-388-8168 (TTY: 711). Nuestros representantes están disponibles 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 recetados

Formulario de medicamentos:



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

Farmacias participantes:



[es.clevercarehealthplan.com/pharmacy](https://es.clevercarehealthplan.com/pharmacy)

## Artículos de venta libre y suplementos de hierbas

**nations** benefits



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



## Descripción general de Clever Care Plan

	Longevity (HMO)	Value (HMO)	Total+ (HMO C-SNP) con Medi-Cal completo <sup>1</sup>	Total+ (HMO C-SNP) sin Medi-Cal <sup>1</sup>
<b>Prima mensual</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$18.40</b>
<b>Reducción de la Parte B</b>	<b>\$1.20</b> por mes (Condado de San Diego)	<b>De \$105 a \$110</b> por mes (varía según el condado) <sup>2</sup>	<b>N/C</b>	<b>N/C</b>
<b>Gasto máximo de bolsillo</b>	<b>\$1,200</b>	<b>\$2,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$9,350</b>
<b>Visitas al PCP</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>20 %</b> de coseguro
<b>Visitas de especialistas</b>	<b>\$0</b>	<b>\$5</b>	<b>\$0</b>	<b>20 %</b> de coseguro
<b>Dental</b> (pagada en plazos trimestrales con transferencia)	Máximo de <b>\$2,200</b>	Máximo de <b>\$800</b>	Máximo de <b>\$2,200</b>	Máximo de <b>\$2,200</b>
<b>Acupuntura</b>	Máximo de <b>\$1,900</b> por año	Máximo de <b>\$1,000</b> por año	Máximo de <b>\$2,000</b> por año	Máximo de <b>\$2,000</b> por año
<b>Bienestar oriental</b>	<b>24</b> visitas	<b>12</b> visitas	<b>24</b> visitas	<b>24</b> visitas
<b>Beneficios Flex</b> (artículos de venta libre, suplementos de hierbas y acondicionamiento físico)	Máximo de <b>\$900</b> por año	Máximo de <b>\$200</b> por año	Máximo de <b>\$800</b> por año	Máximo de <b>\$800</b> por año
<b>Atención de urgencia</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$25</b>
<b>Elija esta opción si necesita</b>	Cobertura integral que incluya amplios beneficios complementarios y bienestar oriental por una prima mensual de \$0 y <b>bajos costos de bolsillo</b> por los servicios.	Cobertura confiable por una prima mensual del plan de \$0 y una <b>reducción mensual en la prima de la Parte B de Medicare</b> que le devuelve dinero.	Costos de bolsillo de \$0 por servicios. Una prima del plan de \$0 y <b>\$125 de asignación mensual para comestibles<sup>3</sup></b> si es elegible para <b>Medi-Cal</b> . Debe tener un diagnóstico de diabetes o trastorno cardiovascular.	Un plan holístico para personas con diabetes o un trastorno cardiovascular.

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.

<sup>1</sup> Total+ 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 que califica. No todos los miembros califican. Si tiene Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pagarán el costo total de los servicios. De lo contrario, la cantidad que pague por los servicios variará.

<sup>2</sup> Los Ángeles, Orange: \$110 por mes; Riverside, San Bernardino, San Diego: \$105 por mes

<sup>3</sup> El beneficio de comestibles depende de la elegibilidad del Modelo de diseño de seguro basado en valor (Value Based Insurance Design, VBID) y lo determinará el plan después de la inscripción, según los criterios relevantes que incluyen la calificación para la ayuda adicional (subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]).



**2025**  
Resumen de beneficios

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

## 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> (Sólo en el condado de San Diego)	La diferencia entre los \$1.20 pagados por el plan y 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 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)	\$1,200 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>	\$0 de copago por período de beneficio	Cobertura sin límite de días.
<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	
<b>Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (ASC)*</b>	\$0 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 \$0 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>	\$90 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	
<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	Debe acudir a un médico de nuestra red 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><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>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 puede ser responsable de los costos adicionales hasta 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
<b>Servicios de salud mental*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización: hospital psiquiátrico</li> <li>Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual)</li> </ul>	\$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 \$40 de copago por visita	El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b>	\$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.
<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	
<b>Ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transporte terrestre</li> <li>Transporte aéreo</li> </ul>	\$100 de copago por viaje (por tramo) Coseguro del 20 % por viaje	
<b>Transporte</b> Este plan ofrece <b>24 viajes de un solo tramo</b> que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	Los viajes a cualquier 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>	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	Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20 % del coseguro o los \$35 para la insulina.

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

## 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 \$225</b>. El beneficio máximo anual es de \$900.</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 acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados <b>hasta un máximo de \$1,900 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>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>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<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>	\$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.
<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</p> <p>\$40 de copago por una visita de salud mental</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	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 \$85,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
<p><b>Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria*</b></p> <p>Disponible inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada para ayudar con la recuperación.</p>	\$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.
<p><b>Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS)*</b></p> <p>Este consiste en un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.</p>	\$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>Alimentos y productos agrícolas saludables (comestibles)</b> \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$40 de asignación por mes. El saldo restante no se transfiere al mes siguiente.</p> <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>

# Rx Cobertura de medicamentos recetados

Clever Care Longevity (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 monto máximo de gastos de bolsillo 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 de 30 días</b>	<b>Suministro de 100 días</b>	<b>Suministro de 100 días</b>	<b>Suministro de 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>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 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 en 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](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.



**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.



# 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>Atención ambulatoria de salud mental (terapia de grupo o individual)</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.

## 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)
BvD	Part B vs D determination (determinación de la Parte B o D)



**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	
ROSUVASTATIN CALCIUM 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL
DICLOFENAC SODIUM 25mg, 50mg, 75mg	2	BvD
GABAPENTIN 100mg, 300mg, 400mg	1	QL
AMOXICILLIN 500mg 875mg	1	
METOPROLOL SUCCINATE 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
IBUPROFEN 400mg, 600m, 800mg	1	BvD
ALENDRONATE SODIUM 10mg, 35mg, 70mg	1	QL
TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.1%	1	
CREON	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
PANTOPRAZOLE SODIUM 20mg, 40mg	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones de gestión de utilización
MELOXICAM 7.5mg	1	
CELECOXIB 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	2	QL
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	
LISINOPRIL 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
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% POMADA O PARCHE	2	QL, PA
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	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones de gestión de utilización
PRAVASTATIN SODIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL
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	QL
JANUVIA	3	QL
MYRBETRIQ ER 25mg, 50mg	3	
PREDNISON 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	BvD
NAPROXEN 250mg, 375mg, 500mg	1	
TRULICITY 0.75mg/0.5mL, 1.5mg/0.5mL, 3mg/0.5mL, 4.5mg/0.5mL	3	QL, PA
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
BENAZEPRIL HCL 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE POTASS 500-125mg, 875-125mg	1	
ELIQUIS 2.5mg, 5mg	3	QL
CICLOPIROX 8% solución	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 2025 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



#### Clever Care Health Plan - H7607

En el 2025, 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.

#### 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](https://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 (TTY) 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 (TTY).

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.

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

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





## **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 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 Miembro 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 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, desde el 1° 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\_25\_CM1338\_C 08052024



## Requisitos de accesibilidad y no discriminación

### La discriminación es ilegal

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

Clever Care:

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

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

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

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

**Correo electrónico:** [civilrightscoordinator@ccmapd.com](mailto:civilrightscoordinator@ccmapd.com)

**Fax:** (657) 276-4721

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

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

## 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 của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe và chương trình bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin vui lòng gọi số (833) 808-8163 (TTY: 711). Nhân viên nói tiếng Việt của chúng tôi có thể 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:** យើងមានសេវាកម្មបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នក នឹងយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

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

## 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](https://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 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?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Clever Care Health Plan  
Attn: Enrollment Services  
7711 Center Ave, Suite 100  
Huntington Beach, CA 92647

Correo electrónico: enrollment@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4757

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Llame a Clever Care al (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 (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 0938-1378. 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 **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

- |                          |                               |                 |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 001-Condado de Los Angeles    | \$18.40 por mes |
| <input type="checkbox"/> | 002-Condado de Orange         | \$18.40 por mes |
| <input type="checkbox"/> | 003-Condado de San Diego      | \$18.40 por mes |
| <input type="checkbox"/> | 004-Condado de San Bernardino | \$18.40 por mes |
| <input type="checkbox"/> | 005-Condado de Riverside      | \$18.40 por mes |

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

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

**Fecha de nacimiento:**  M  M /  D  D /  A  A  A  A

**Sexo:**  Masculino  Femenino

**Número de teléfono:** (  )  -

**Dirección de residencia permanente** (No introduzca un apartado de correos. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado de correos puede considerarse su dirección de residencia permanente):  
\_\_\_\_\_

**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 2025.

## 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 autoriza al proveedor mencionado anteriormente y/o a mi PCP a divulgar mi información médica y/o a proporcionar registros médicos a Clever Care Health Plan.

**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).
- 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.
- 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 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.

**Firma:****Fecha de hoy:**

M M / D D / A A A A

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:**

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

**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.**

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

**¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Indígena americano/nativo de Alaska <sup>(1)</sup>
- Indio asiático <sup>(2)</sup>
- Negro o afroamericano <sup>(3)</sup>
- Chino <sup>(4)</sup>
- Camboyano <sup>(5)</sup>
- Filipino <sup>(6)</sup>
- Guamano o chamorro <sup>(7)</sup>
- Japonés <sup>(8)</sup>
- Coreano <sup>(9)</sup>
- Nativo hawaiano <sup>(10)</sup>
- Otro asiático <sup>(11)</sup>
- Otro isleño del Pacífico <sup>(12)</sup>
- Samoano <sup>(13)</sup>
- Vietnamita <sup>(14)</sup>
- Blanco <sup>(15)</sup>
- Elijo no responder.** <sup>(16)</sup>

**¿Cuál es su género? Seleccione uno.**

- Mujer <sup>(1)</sup>
- Hombre <sup>(2)</sup>
- Género no binario <sup>(3)</sup>
- Utilizo un término diferente <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_
- Decido no contestar** <sup>(5)</sup>

**¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor el concepto que tienes de ti mismo? Selecciona una.**

- Lesbiana u homosexual <sup>(1)</sup>
- Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana <sup>(2)</sup>
- Bisexual <sup>(3)</sup>
- Utilizo un término diferente <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_
- No lo sé <sup>(5)</sup>
- Decido no contestar** <sup>(6)</sup>

**Cuál es su idioma preferido para hablar:**

- Inglés
- Mandarín
- Cantonés
- Jemer
- Coreano
- Vietnamita
- Español
- Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su idioma preferido para escribir que no sea el inglés?**

- Chino (tradicional)
- Coreano
- Vietnamita
- Español

**Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible:**  Braille  Letras grandes  CD de audio  CD de datos

Comuníquese con Clever Care al (833) 388-8168 si necesita información en un formato accesible que no sean los indicados anteriormente. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

**¿Usted trabaja?**  Sí  No **¿Trabaja su pareja?**  Sí  No

**Consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos:**

**Número de teléfono móvil:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes de texto automatizados y/u otros mensajes de texto de Clever Care Health Plan para atención médica, beneficios o cualquier otro propósito. Dicho consentimiento no es una condición para recibir ningún servicio y puedo cancelarlo en cualquier momento llamando a Clever Care. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones y materiales de Clever Care electrónicamente en lugar de por correo postal de los Estados Unidos. Entiendo que esto incluiría documentos como la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte C y Parte D, el Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) y otros materiales. Puedo volver a recibir el correo postal de los EE. UU. en cualquier momento llamando a Clever Care.

## Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)

Nombre del PCP:

Grupo médico o IPA:

Número de id. de inscripción del PCP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actual de este PCP?  Sí  No

No tengo un PCP; asígneme uno.

### 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

## ¡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<sup>(1)</sup>

Radio<sup>(2)</sup>

Periódico<sup>(3)</sup>

Redes sociales o computadora (Google, Facebook, YouTube, aplicación de juegos)<sup>(4)</sup>

Correo<sup>(5)</sup>

Familiar, amigo, médico o acupunturista<sup>(6)</sup>

Su corredor de seguros<sup>(7)</sup>

Evento<sup>(8)</sup>

Otro:<sup>(9)</sup> \_\_\_\_\_

### Sólo para personas que ayuden al inscrito a rellenar este formulario

Complete esta sección si usted es un individual (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a llenar este formulario.

Nombre:	Relación con el inscrito:
Firma:	Número nacional de productor (sólo agentes/corredores):
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.<sup>(1)</sup>
- 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).<sup>(2)</sup>
- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(3)</sup>
- Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(4)</sup>
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(5)</sup>
- Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(6)</sup>
- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(7)</sup>
- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(8)</sup>
- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(9)</sup>
- Recientemente dejé un programa PACE® el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(10)</sup>
- Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(11)</sup>
- Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(12)</sup>
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.<sup>(13)</sup>
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.<sup>(14)</sup>
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente.  
Mi inscripción en ese plan comenzó el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(15)</sup>
- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.<sup>(16)</sup>
- 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.<sup>(17)</sup>
- Quiero inscribirme en un Plan de Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mis enfermedades crónicas.<sup>(18)</sup>

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