



 **2023**
Resumen de Beneficios

**Clever Care Fortune
Medicare Advantage (HMO)**

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos con receta

Prestación de servicios en los condados de Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego

Año del plan: Del 1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023



Un plan de Clever Care Medicare Advantage HMO le brinda la conveniencia de tener servicios médicos, cobertura de medicamentos recetados, tratamientos de medicina oriental, cobertura dental y más cubiertos a través de un plan.

Para unirse debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio: **Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside o San Diego.**

Puede encontrar nuestra red de médicos, hospitales, farmacias, la lista de medicamentos y más en nuestro sitio web:



Médicos de atención primaria y otros proveedores

es.clevercarehealthplan.com/provider

Farmacias

es.clevercarehealthplan.com/pharmacy

Vademécum (lista de medicamentos cubiertos)

es.clevercarehealthplan.com/formulary

Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (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.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "Medicare & You". Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtenga 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.



2023 Resumen De Beneficios

CLEVER CARE FORTUNE MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

Un plan con un beneficio de acondicionamiento físico mejorado y un MOOP bajo.

A continuación, encontrará un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. La Evidencia de Cobertura (EOC) contiene una lista completa de los servicios que cubrimos. **La EOC está disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre.**

PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta de la Parte D.)	\$1,000 anualmente	Este es el monto máximo que paga en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Atención hospitalaria	\$150 de copago por día para los días 1–5 \$0 de copago por día para los días 6–90	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Instalación hospitalaria ambulatoria • Centro de cirugía ambulatoria • Servicios de observación 	\$100 de copago por estadía \$75 de copago por estadía \$100 de copago por servicios de observación	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria (PCP) • Especialista 	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	No se requiere autorización previa para su primera cita con un especialista. Necesitará una autorización previa para las visitas de seguimiento o los servicios futuros. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Visita de bienvenida a Medicare • Visita anual de bienestar 	\$0 de copago por una visita por año	Todo servicio adicional preventivo aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	\$90 de copago por visita a una sala de emergencias	El copago se exige si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios necesitados urgentemente	\$20 de copago por visita a un centro de atención de urgencia	El copago se exige si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico, y radiología básica • Radiografías ambulatorias • Servicios de diagnóstico mediante radiología (como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.) • Servicios terapéuticos de radiología (como tratamiento con radiación para el cáncer) 	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago por radiografías para pacientes ambulatorios \$175 de copago por cada tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones \$0 de copago para toda otra radiología de diagnóstico 20% de coseguro del monto permitido por Medicare por cada servicio terapéutico de radiología	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Tienen cobertura según las pautas de Medicare. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Aunque paga el 20% por servicios terapéuticos de radiología, nunca pagará más que su máximo total de bolsillo durante el año.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen de diagnóstico de audición Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Adaptación y evaluación de audífonos • Audífonos 	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare. \$0 de copago para un examen de audición de rutina. \$0 de copago para hasta 3 adaptaciones y evaluaciones por año. \$0 de copago para audífonos hasta el monto máximo del beneficio del plan. Este plan cubre hasta \$500 por oído para audífonos cada año.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de servicios de audición. Los audífonos están disponibles a través de NationsHearing y se limitan a dispositivos específicos con base en sus necesidades de audición. Después de los beneficios pagados del plan para exámenes auditivos de rutina o audífonos, usted es responsable por el costo restante. Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpiezas dentales (límite de 2 por año) Exámenes bucales (límite de 2 por año) Tratamiento con flúor (límite de 1 por año) Radiografías (límite de 1 por año) <p>Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpieza dental profunda Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto (endodoncia) Coronas dentales (carillas) Puentes, prótesis dentales, extracciones y otros servicios 	<p>\$0 de copago para cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>Este plan proporciona una asignación de \$375 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$1,500.</p> <p>\$0 de copago hasta el monto de la asignación para servicios dentales integrales y preventivos.</p> <p>Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.</p>	<p>Para las coronas restauradoras y las prótesis dentales fijas se requieren autorizaciones antes del tratamiento.</p> <p>No hay ningún requisito para permanecer dentro de la red. Sin embargo, sus costos en efectivo pueden ser menores cuando utiliza proveedores dentro de la red de Liberty Dental.</p> <p>Cualquier monto que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, el 30 de junio o el 30 de septiembre se trasladará y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos restantes. Usted puede ser responsable de la diferencia entre los montos permitidos y facturados si utiliza un proveedor fuera de la red.</p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. <p>Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista de rutina, incluida refracción Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) 	<p>\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago para examen retinopatía diabética</p> <p>\$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</p> <p>\$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario.</p> <p>\$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación del plan. Este plan proporciona hasta \$240 para accesorios para la vista cada año.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Debe consultar a un médico de la red EyeMed para recibir servicios no cubiertos por Medicare.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos restantes.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Atención de salud mental para pacientes ambulatorios 	<p>\$175 de copago por día para los días 1-7</p> <p>\$0 de copago por día para los días 8-90</p> <p>20% de coseguro por visita de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>El límite de por vida para atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>\$0 de copago por día para los días 1-20</p> <p>\$180 de copago por día para los días 21-100</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia ocupacional Terapia física, del habla y del lenguaje Rehabilitación cardíaca Rehabilitación pulmonar 	<p>\$15 de copago por visita</p> <p>\$15 de copago por visita</p> <p>\$30 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago por visita</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>\$150 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre.</p> <p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea.</p>	
<p>Transporte</p>	<p>\$0 de copago por 28 viajes de ida o vuelta para transporte no urgente dentro de un radio de 25 millas cada año</p>	

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>20% de coseguro del coste o la cantidad de coseguro permitida por Medicare, la que sea menor para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los gastos compartidos no superarán el 20% de coseguro para quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, el suministro de insulina para un mes cubierto por la Parte B no superará los 35 dólares.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

BENEFICIOS DE BIENESTAR INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Salud y bienestar (Asignación flexible para gastos)</p> <p>Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Golf • Membresía al gimnasio • Clases de Tai Chi • Clases de yoga o pilates 	<p>\$0 de copago hasta el monto de la asignación</p> <p>Este plan proporciona una asignación de \$550 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$2,200.</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con su tarjeta de débito flexible.</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes.</p> <p>Cualquier monto que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, el 30 de junio o el 30 de septiembre no se trasladará y vencerá el 31 de diciembre.</p>
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura dentro de la red ilimitados con un máximo de \$2,500.</p> <p>Servicios de bienestar del este Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • Med-X • Reflexología 	<p>\$0 de copago por visita hasta el máximo del plan</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 18 servicios de bienestar por año calendario. \$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas permitidas.</p>	<p>Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Salud y bienestar (servicio de rutina, no cubierto por Medicare)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual realizado por su PCP 	\$0 de copago por una visita por año	<p>Este servicio no está cubierto por Original Medicare.</p> <p>El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.</p>
<p>Línea de enfermería disponible las 24 horas</p> <p>Puede comunicarse con un enfermero registrado por teléfono durante las 24 horas del día, los siete días de la semana para resolver preguntas o inquietudes médicas.</p>	\$0 de copago	Use este beneficio para pedir asesoramiento a un proveedor médico cuando no tiene claro a dónde acudir para obtener atención o si tiene preguntas sobre un evento de atención médica urgente.
<p>Visita de telesalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita en Teladoc® Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico. 	<p>\$0 de copago por una visita médica</p> <p>20% de coseguro por una visita de salud mental</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Los médicos o proveedores de salud mental de Teladoc están disponibles las 24 horas del día para cuestiones de salud que no sean de emergencia.</p> <p>Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas, y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Puede completar estas visitas con un teléfono, una tableta o una computadora.</p>
<p>Servicios de COVID-19</p> <p>Si le diagnostican COVID-19, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> las pruebas, el tratamiento, el transporte, la salud mental, la telemedicina, las prestaciones de medicamentos con receta 	\$0 de copago	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta.</p>

MÁS BENEFICIOS INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura mundial	Límite anual de \$50,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Equipo y suministros médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Prótesis (p. ej., ortodoncia, miembros artificiales) Zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos 	<p>0% de coseguro para artículos de \$500 o menos. 20% de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para artículos de más de \$500.</p> <p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Este plan cubre un monitor de glucosa en la sangre y suministros por año.</p>
<p>Comidas después del alta: Inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, este plan proporciona asistencia con la comida durante 28 días con un máximo de 84 comidas por año para ayudar en su recuperación.</p>	<p>\$0 de copago hasta la cantidad máxima de comidas permitida por año.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>No se aplica después de una cirugía ambulatoria.</p>
<p>Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS) Dispositivo móvil y servicio de monitoreo que lo conectarán con un centro de respuesta durante las 24 horas con solo apretar un botón.</p>	<p>\$0 de copago por un dispositivo por año</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p>
<p>Cuidado de los pies (podiatría)</p> <p>Cuidado de los pies cubierto por Medicare</p> <p>Cuidado de los pies (no cubierto por Medicare, de rutina)</p>	<p>\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare</p> <p>No cubierto</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare</p>	<p>\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI)</p> <p>Estos beneficios son para los miembros elegibles que deben participar en programas y actividades de gestión de casos con metas definidas y medidas de resultado.</p> <p>Los miembros que tengan una o más de las afecciones crónicas que figuran abajo pueden ser elegibles para estos beneficios complementarios adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/sida • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para 3 comidas al día durante 14 días con un límite de 42 comidas por año.</p> <p>Comestibles \$0 de copago por artículos de comestibles calificados con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Beneficios de necesidades sociales \$0 de copago por servicios de compañía prestados por cuidadores personales no clínicos. Servicios limitados a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total).</p> <p>Visita de control de bienestar en el hogar \$0 de copago para una visita de control de bienestar en el hogar.</p> <p>Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año.</p> <p>Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria.</p> <p>Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Todos los beneficios de SSBCI son para los miembros que cumplen determinados criterios y que cuentan con la aprobación del plan. Los servicios se proporcionarán utilizando proveedores del plan contratados.</p> <p>El beneficio de comidas no está disponible después de una visita para una cirugía ambulatoria</p> <p>Este servicio está limitado a aquellos que cumplen con los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.</p>

Rx Cobertura De Medicamentos Recetados

Vigente del 1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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 (LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos.

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

Etapa 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$4,660.	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (Pedido por correo)	Costo compartido minorista (Fuera de la red)*
	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago	\$105 de copago	\$70 de copago	\$35 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Nivel 6: Medicamentos complementarios**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

* El suministro de medicamentos a largo plazo de 100 días no está disponible en las farmacias fuera de la red.

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

<p>Etapa 3: Brecha de cobertura Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$4,660, usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$7,400</p>	<p>Durante esta etapa usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1. • \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos genéricos del Nivel 2. • \$35 de copago para un suministro de 30 días de algunos medicamentos de marca preferidos del Nivel 3. • El 25 % del precio para medicamentos de marca y de especialidad (más una parte de la tarifa de suministro).
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$7,400, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga uno de los siguientes costos (el que sea mayor):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o bien • \$4.15 de copago por un medicamento genérico (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) o • \$10.35 de copago por el resto de los medicamentos.



¡Formas inteligentes de ahorrar con sus medicamentos con receta!



¡NUEVO EN 2023! SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA 100 DÍAS

Obtener algo gratis siempre es bueno. Cuando su proveedor le escriba una receta para un suministro de medicamentos de 90 días, Clever Care automáticamente autorizará el surtido de la receta para 100 días. Son 10 días de medicamento sin costo para usted.



PEDIDOS POR CORREO DE RECETAS

Este servicio se ofrece mediante Medimpact Direct y corresponde a los medicamentos que se toman todos los días. Cuando se inscribe en el servicio, tendrá la comodidad de recibir un suministro de medicamento extendido (100 días) por el costo de dos copagos en lugar de tres; además, recibirá los medicamentos de forma segura y sin cargo. Los medicamentos de Nivel 5 son elegibles para este servicio, pero con un límite de suministro de 30 días.



COSTO BAJO O NINGÚN COSTO EN ALGUNAS INSULINAS

El Modelo Senior Savings de la Parte D lo ayuda a mantener el costo de la insulina bajo durante lo que se conoce como la etapa brecha de cobertura". Según la marca de insulina que tome, su costo de bolsillo será de \$0 o \$35 como máximo por un suministro de 30 días en todas las etapas de cobertura.



Programa de recompensas por actividades saludables

La participación en actividades y evaluaciones enfocadas en promover la buena salud, cumplir el régimen de medicamentos recetados y prevenir lesiones y enfermedades merece una recompensa. Después de la aprobación, añadiremos el monto de la recompensa a su tarjeta de asignación flexible.

Las recompensas de hasta \$600 pueden usarse para comprar alimentos, artículos de venta libre y suplementos de hierbas.



Lista De Verificación De La Preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame y hable con un representante de Servicio al Cliente al 1-833-388-8168 (TTY: 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los días hábiles.

COMPRENSIÓN DE LOS BENEFICIOS

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial los servicios por los que visita habitualmente al médico. Visite es.clevercarehealthplan.com o llame al Servicio al Cliente al 1-833-388-8168 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no están listados, significa que probablemente deberá seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está listada, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.

COMPRENSIÓN DE LAS REGLAS IMPORTANTES

- En el caso de los planes que tienen una prima mensual:** Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- En el caso de los 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 descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º 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 están listados en el directorio de proveedores).
- Solo para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica.

Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Protegemos su privacidad. Consulte la Evidencia de Cobertura o vea nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad en es.clevercarehealthplan.com/privacy para obtener más información.

Todos los logotipos o marcas comerciales que aparecen en esta guía son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.