



KIT DE INSCRIPCIÓN

**Clever Care Medicare Advantage
(HMO) and (HMO C-SNP) Plans**

ESPAÑOL



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

Si tiene preguntas sobre nuestro plan y las prestaciones sanitarias que se ofrecen en este libro, llámenos al **(833) 388-8168 (TTY: 711)**.

Nuestro equipo de servicio al cliente está disponible para ayudarle en el idioma que usted habla.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo

De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Del 1.º de abril al 30 de septiembre

De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Visite nuestro sitio web en
es.clevercarehealthplan.com

LONGEVITY

FORTUNE

VALUE

JASMINE



Fundado sobre los principios de brindar una solución de atención médica culturalmente sensible

Clever Care Health Plan es un proveedor líder del plan Medicare Advantage en los condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego. Nuestros planes están diseñados pensando en su completo bienestar, centrados tanto en los avances científicos de la atención occidental como en las prácticas curativas tradicionales de la medicina oriental.

Nuestro enfoque de atención de Oriente se encuentra con Occidente para honrar sus tradiciones, valores y necesidades culturales de salud. El idioma nunca debe ser un obstáculo para obtener una atención de calidad. Con servicios de apoyo en el idioma y más de 55 años de experiencia combinada en liderazgo en la industria de la atención médica, le damos poder a su voz en sus decisiones de atención médica.

Clever Care se enorgullece en ofrecer tres planes HMO y un plan HMO (C-SNP) para necesidades especiales crónicas, para personas con diabetes o trastornos cardiovasculares. Todos los planes ofrecen a los miembros una amplia variedad de beneficios complementarios que no están cubiertos por Original Medicare. Es posible califique para recibir beneficios adicionales si cumple con los requisitos de nuestro plan HMO C-SNP. Dondequiera que se encuentre en su viaje de salud, estamos aquí para usted.

GRACIAS POR INTERESARSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA CLEVER CARE MEDICARE ADVANTAGE.

Esperamos darle la bienvenida a la familia Clever Care.



A stylized black ink signature of Myong Lee.

Myong Lee (명 리)
CEO
Clever Care Health Plan, Inc.



A stylized black ink signature of Hiep Pham.

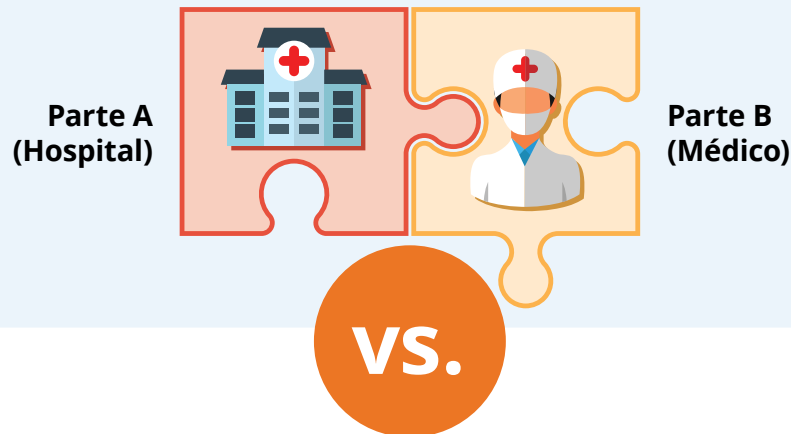
Hiep Pham
Co-founder,
Clever Care Health Plan, Inc.

Cobertura que se adapta a sus necesidades

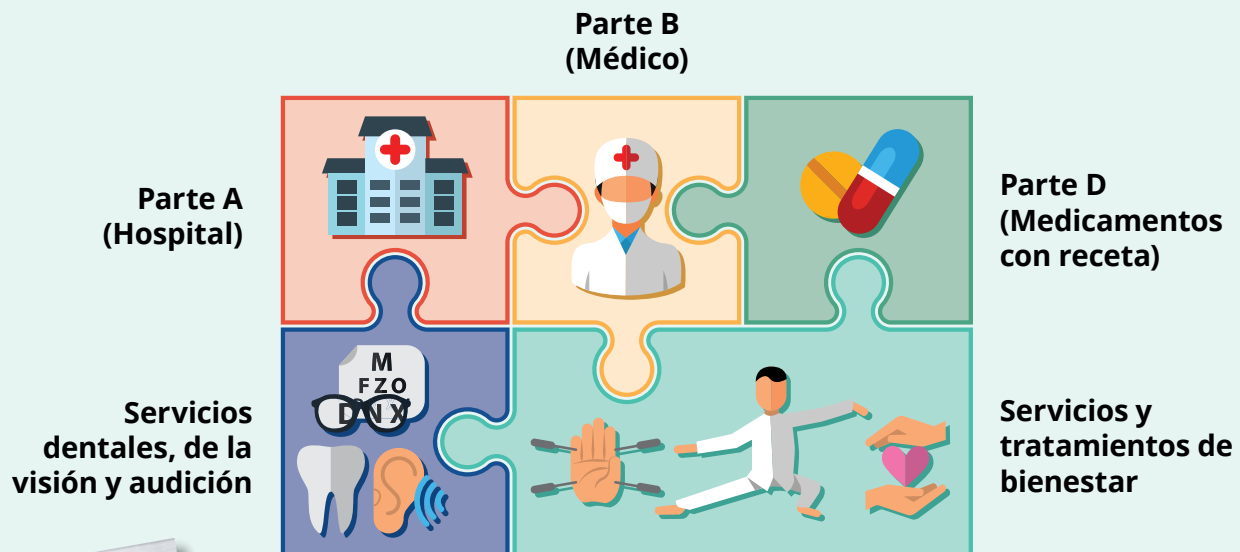
Con más de **15,000 centros de proveedores, 50 hospitales líderes**, una amplia red de **médicos culturalmente sensibles y especialistas en el bienestar oriental**, los planes de Clever Care van más allá de Original Medicare para brindar una experiencia integral, única y asequible de atención médica y bienestar.

MÁS QUE SU COBERTURA HOSPITALARIA Y MÉDICA TÍPICA

Original Medicare:



Clever Care's Medicare Advantage y plan de medicamentos recetados (MA-PD)



Descargue nuestra Guía Clever de Medicare para obtener más información
es.clevercarehealthplan.com, Recursos para Miembros.

EN QUÉ SE DIFERENCIA UN PLAN HMO DEL ORIGINAL MEDICARE

¿Qué es Original Medicare?

Original Medicare, un plan administrado por el gobierno federal, brinda cobertura de la Parte A (hospital) y la Parte B (médico) para cada afiliado. Los beneficiarios de Original Medicare pueden consultar a cualquier proveedor que acepte pacientes de Medicare. Después de alcanzar su deducible, Medicare paga el monto aprobado por Medicare y el beneficiario por lo general paga el 20 % restante del costo de los servicios.



Importante tener en cuenta:

la cobertura de la Parte D (medicamentos con receta) no se incluye en Original Medicare, y los beneficiarios de Original Medicare deberán adquirir un plan de la Parte D por separado. Por último, debido a que no hay un límite anual, los beneficiarios son financieramente responsables de la mayor parte de sus costos de atención médica, que pueden aumentar rápidamente.

¿Qué es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)?

Un plan HMO (también llamado plan de “atención administrada”) es una excelente opción si desea la facilidad de tener un médico de atención primaria para que lo ayude a administrar su atención médica y sus costos.

Los planes HMO brindan atención asequible y de alta calidad, y primas reducidas a través de deducibles y gastos de bolsillo en copagos o coseguros fijos. Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) de una red específica de proveedores aprobados. Todos los servicios de atención médica, incluidas las derivaciones, serán dirigidos por su PCP, lo que eliminará los obstáculos que pueden provocar la duplicación de gastos innecesaria.



Un plan Clever Care HMO es la opción correcta si desea:

- ✓ Costos predecibles (copago de \$0 para consultar a un PCP o especialista)
- ✓ Proveedores y hospitales de confianza en su comunidad
- ✓ Su proveedor gestiona toda su atención
- ✓ Protección de gastos máximos de bolsillo
- ✓ Cobertura de medicamentos con receta
- ✓ Cobertura de tratamientos de bienestar orientales (como acupuntura, gua sha, cupping)
- ✓ Cobertura dental, visión y audición

Elevamos Su Espiritu



UNIMOS LAS TRADICIONES DE SU SALUD Y SU COMUNIDAD

La comunidad es una parte importante de la salud y el bienestar.

Nuestros centros comunitarios de San Gabriel Valley, Koreatown y Westminster ofrecen eventos gratuitos y seminarios de salud, que incluyen:

- Conceptos básicos de Medicare
- Seminarios para médicos
- Ejercicios de meditación y respiración
- Cursos sobre vida saludable

¡Más información!

Llame al (833) 721-4378 para hablar con un representante del Centro Comunitario.

PONGA EN MARCHA SU PLAN DE SALUD

¿Sabía que? Nuestros miembros reciben servicios que no están cubiertos por Original Medicare y que es posible que no se ofrezcan en su Plan Medicare Advantage actual.

- **Servicios de acupuntura y terapia oriental:** no se requiere derivación.
- **Cobertura dental:** brindamos una asignación trimestral para procedimientos dentales integrales como empastes, coronas y más.
- **Asignación flexible de salud y bienestar** para actividades de acondicionamiento físico, artículos de venta libre¹ o suplementos a base de hierbas¹. Se aplican restricciones.
- **Línea de enfermería disponible las 24 horas:** obtenga el asesoramiento y la ayuda que necesita en cualquier momento, de día o de noche.
- **Incentive Rewards:** rewards earned during the year can be used to purchase food.

¹ Los artículos de venta libre (over the counter, OTC) y los suplementos a base de hierbas no se ofrecen como un beneficio del plan Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO).

¿Está listo para unirse a la comunidad de Clever Care?

Paso 1

Verifique que sea elegible para inscribirse.

Paso 2

Seleccione el plan Medicare Advantage de Clever Care en el que desea inscribirse.

To enroll in the Clever Care Jasmine (HMO C-SNP) plan, you must attest to having diabetes and/or cardiovascular disorders.

Paso 3

Elija a su médico de atención primaria (PCP).

Encuentre proveedores participantes
es.clevercarehealthplan.com/provider.

Escriba el nombre y el número de identificación del PCP. Es necesario completar el formulario de inscripción.

Paso 4

Confirme que sus medicamentos con receta son parte de nuestra farmacopea de medicamentos.

Formulario (lista de medicamentos cubiertos)
es.clevercarehealthplan.com/formulary

Farmacias
es.clevercarehealthplan.com/pharmacy

Paso 5

Complete y devuelva el formulario de inscripción.

¡Se ha inscrito! ¿Y ahora qué?

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



Confirmación de la carta 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 y otros documentos del plan.

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

¡Bienvenido a Clever Care!

Antes de la fecha de entrada en vigor, recibirá una Guía del Afiliado y su tarjeta de asignación flexible.

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.



Ahora que forma parte de
la familia de Clever Care traiga
algunos amigos con usted.



**Entréguele
esto a un amigo
o familiar.**

Para comenzar, abra la
aplicación de la cámara en
su teléfono y escanee el
código QR a continuación. ¡Es
así de simple! Complete el
formulario. Luego, un agente
autorizado de Clever Care se
comunicará con usted.



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.

H7607_23_CM1306_C 08112022

M10150-REF (10/22) _ES



2023 Resumen de Beneficios

Clever Care Longevity 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 LONGEVITY MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

Un plan MA-PD integral

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.)	\$1,700 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	\$0 de copago por estadía	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios • Instalación hospitalaria ambulatoria • Centro de cirugía ambulatoria • Servicios de observación	\$20 de copago por estadía \$20 de copago por estadía \$0 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 • 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 - 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	\$50 de copago por visita a una sala de emergencias	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios necesitados urgentemente	\$5 de copago por visita a un centro de atención de urgencia	El copago se exime 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 - 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 \$75 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 Examen de diagnóstico de audición	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de servicios de audición.
Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de audición de rutina - Adaptación y evaluación de audífonos - Audífonos	\$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 \$1,500 por oído para audífonos cada año.	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
Servicios dentales (de rutina) - Servicios cubiertos por Medicare Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes: - 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) Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Limpieza dental profunda - Empastes y reparaciones - Tratamientos de conducto (endodoncia) - Coronas dentales (carillas) - Puentes, prótesis dentales, extracciones y otros servicios	\$0 de copago para cada servicio cubierto por Medicare Este plan proporciona una asignación de \$625 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$2,500. \$0 de copago hasta el monto de la asignación para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.	Para las coronas restauradoras y las prótesis dentales fijas se requieren autorizaciones antes del tratamiento. 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. 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. 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.
Servicios de la visión - 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. Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de la vista de rutina, incluida refracción - Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto)	\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago para examen retinopatía diabética \$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas \$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario. \$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación del plan. Este plan proporciona hasta \$300 para accesorios para la vista cada año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Debe consultar a un médico de la red EyeMed para recibir servicios no cubiertos por Medicare. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos restantes.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de salud mental - Atención de salud mental para pacientes hospitalizados - Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$150 de copago por día para los días 1–7 \$0 de copago por día para los días 8–90 \$40 de copago por visita de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios	Es posible que los servicios requieran autorización previa. El límite de por vida para atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día para los días 1–20 \$75 de copago por día para los días 21–100	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No es obligatorio contar con una hospitalización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de rehabilitación - Terapia ocupacional - Terapia física, del habla y del lenguaje - Rehabilitación cardíaca - Rehabilitación pulmonar	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita \$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Ambulancia	\$40 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre. 20% de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea.	
Transporte	\$0 de copago por 48 viajes de ida o vuelta para transporte no urgente dentro de un radio de 25 millas cada año	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

BENEFICIOS DE BIENESTAR INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (Asignación flexible para gastos) Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras: • Golf • Membresía al gimnasio • Clases de Tai Chi • Clases de yoga o pilates Artículos de venta libre (OTC) Clever Care proporciona una lista de artículos de venta libre (OTC) elegibles que se pueden comprar en la tienda o en línea. Suplementos de hierbas Los suplementos de hierbas deben adquirirse del consultorio de un acupunturista de la red, de un proveedor de la red o llamando a Clever Care.	\$0 de copago hasta el monto de la asignación Este plan proporciona una asignación de \$300 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$1,200. Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con su tarjeta de débito flexible.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes. 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. Los suplementos de hierbas son usados para el tratamiento de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad y otras.
Servicios de acupuntura Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura dentro de la red ilimitados con un máximo de \$3,000. Servicios de bienestar del este Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • Med-X • Reflexología	\$0 de copago por visita hasta el máximo del plan Este plan ofrece un máximo de 24 servicios de bienestar por año calendario. \$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas permitidas.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Salud y bienestar (servicio de rutina, no cubierto por Medicare) • Examen físico anual realizado por su PCP	\$0 de copago por una visita por año	Este servicio no está cubierto por Original Medicare. El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Línea de enfermería disponible las 24 horas 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.	\$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.
Visita de telesalud - Visita en Teladoc® - Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico.	\$0 de copago por una visita médica \$40 de copago por una visita de salud mental \$0 de copago	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. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas, y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario. Puede completar estas visitas con un teléfono, una tableta o una computadora.
Servicios de COVID-19 Si le diagnostican COVID-19, el plan cubre: - las pruebas, - el tratamiento, - el transporte, - la salud mental, - la telemedicina, - las prestaciones de medicamentos con receta	\$0 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta.

MÁS BENEFICIOS INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura mundial	Límite anual de \$75,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Equipo y suministros médicos - 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	0% de coseguro para artículos de \$500 o menos. 20% de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para artículos de más de \$500. 20% de coseguro del monto permitido por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.	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 un monitor de glucosa en la sangre y suministros por año
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.	\$0 de copago hasta la cantidad máxima de comidas permitida por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No se aplica después de una cirugía ambulatoria.
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.	\$0 de copago por un dispositivo por año	Es posible que los servicios requieran autorización previa.
Cuidado de los pies (podiatría) Cuidado de los pies cubierto por Medicare Cuidado de los pies (no cubierto por Medicare, de rutina)	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare No cubierto	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de quiropráctica Atención quiropráctica cubierta por Medicare	\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) 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. Los miembros que tengan una o más de las afecciones crónicas que figuran abajo pueden ser elegibles para estos beneficios complementarios adicionales. • 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	Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para 3 comidas al día durante 14 días con un límite de 42 comidas por año. Comestibles \$0 de copago por artículos de comestibles calificados con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente. 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). Visita de control de bienestar en el hogar \$0 de copago para una visita de control de bienestar en el hogar. Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. 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. El beneficio de comidas no está disponible después de una visita para una cirugía ambulatoria Este servicio está limitado a aquellos que cumplen con los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.

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.

Eta 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Eta 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.

Etapas 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	Durante esta etapa usted paga: • \$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).
Etapas 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.	Durante esta etapa, usted paga uno de los siguientes costos (el que sea mayor): • 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.



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 • 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 • 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 - 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 exime 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 exime 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 - 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 Examen de diagnóstico de audición	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de servicios de audición.
Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de audición de rutina - Adaptación y evaluación de audífonos - Audífonos	\$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.	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
Servicios dentales (de rutina) - Servicios cubiertos por Medicare Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes: - 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) Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Limpieza dental profunda - Empastes y reparaciones - Tratamientos de conducto (endodoncia) - Coronas dentales (carillas) - Puentes, prótesis dentales, extracciones y otros servicios	\$0 de copago para cada servicio cubierto por Medicare 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. \$0 de copago hasta el monto de la asignación para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.	Para las coronas restauradoras y las prótesis dentales fijas se requieren autorizaciones antes del tratamiento. 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. 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. 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.
Servicios de la visión - 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. Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de la vista de rutina, incluida refracción - Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto)	\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago para examen retinopatía diabética \$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas \$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario. \$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.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Debe consultar a un médico de la red EyeMed para recibir servicios no cubiertos por Medicare. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos restantes.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de salud mental - Atención de salud mental para pacientes hospitalizados - Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$175 de copago por día para los días 1–7 \$0 de copago por día para los días 8–90 20% de coseguro por visita de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios	Es posible que los servicios requieran autorización previa. El límite de por vida para atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día para los días 1–20 \$180 de copago por día para los días 21–100	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No es obligatorio contar con una hospitalización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de rehabilitación - Terapia ocupacional - Terapia física, del habla y del lenguaje - Rehabilitación cardíaca - Rehabilitación pulmonar	\$15 de copago por visita \$15 de copago por visita \$30 de copago por visita \$20 de copago por visita	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Ambulancia	\$150 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre. 20% de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea.	
Transporte	\$0 de copago por 28 viajes de ida o vuelta para transporte no urgente dentro de un radio de 25 millas cada año	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

BENEFICIOS DE BIENESTAR INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (Asignación flexible para gastos) Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras: • Golf • Membresía al gimnasio • Clases de Tai Chi • Clases de yoga o pilates	\$0 de copago hasta el monto de la asignación 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. Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con su tarjeta de débito flexible.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes. 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.
Servicios de acupuntura Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura dentro de la red ilimitados con un máximo de \$2,500. Servicios de bienestar del este Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • Med-X • Reflexología	\$0 de copago por visita hasta el máximo del plan Este plan ofrece un máximo de 18 servicios de bienestar por año calendario. \$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas permitidas.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Salud y bienestar (servicio de rutina, no cubierto por Medicare) • Examen físico anual realizado por su PCP	\$0 de copago por una visita por año	Este servicio no está cubierto por Original Medicare. El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.
Línea de enfermería disponible las 24 horas 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.	\$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.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Visita de telesalud - Visita en Teladoc® - Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico.	\$0 de copago por una visita médica 20% de coseguro por una visita de salud mental \$0 de copago	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. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas, y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario. Puede completar estas visitas con un teléfono, una tableta o una computadora.
Servicios de COVID-19 Si le diagnostican COVID-19, el plan cubre: - las pruebas, - el tratamiento, - el transporte, - la salud mental, - la telemedicina, - las prestaciones de medicamentos con receta	\$0 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta.

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.	
Equipo y suministros médicos - 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	0% de coseguro para artículos de \$500 o menos. 20% de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para artículos de más de \$500. 20% de coseguro del monto permitido por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.	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 un monitor de glucosa en la sangre y suministros por año.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
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.	\$0 de copago hasta la cantidad máxima de comidas permitida por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No se aplica después de una cirugía ambulatoria.
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.	\$0 de copago por un dispositivo por año	Es posible que los servicios requieran autorización previa.
Cuidado de los pies (podiatría) Cuidado de los pies cubierto por Medicare Cuidado de los pies (no cubierto por Medicare, de rutina)	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare No cubierto	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de quiropráctica Atención quiropráctica cubierta por Medicare	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) 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. Los miembros que tengan una o más de las afecciones crónicas que figuran abajo pueden ser elegibles para estos beneficios complementarios adicionales. • 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	Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para 3 comidas al día durante 14 días con un límite de 42 comidas por año. Comestibles \$0 de copago por artículos de comestibles calificados con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente. 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). Visita de control de bienestar en el hogar \$0 de copago para una visita de control de bienestar en el hogar. Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. 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. El beneficio de comidas no está disponible después de una visita para una cirugía ambulatoria Este servicio está limitado a aquellos que cumplen con los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.

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.

Etapas 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapas 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.

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	Durante esta etapa usted paga: • \$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).
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.	Durante esta etapa, usted paga uno de los siguientes costos (el que sea mayor): • 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.



2023 Resumen de Beneficios

Clever Care Value 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**

VALUE



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 LONGEVITY MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

Un plan de reducción de prima de la Parte B

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.**

PREMIUMS, DEDUCTIBLES, AND LIMITS

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de prima de la Parte B	La diferencia entre los \$125, pagados por el plan, y la prima de la Parte B para el año calendario 2023.	Este no es un reembolso. Debe pagar el monto de la prima reducida. Si su prima de la Parte B sale de su cheque del Seguro Social, el monto reducido se reflejará en su cheque mensual.
Deducible	\$0	
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta de la Parte D.)	\$5,000 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	\$100 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 - Instalación hospitalaria ambulatoria - Centro de cirugía ambulatoria - Servicios de observación	\$75 de copago por estadía \$0 de copago por estadía \$75 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.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Visitas a médicos - 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.
Atención preventiva - 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	\$110 de copago por visita a una sala de emergencias	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios necesitados urgentemente	\$0 de copago por visita a un centro de atención de urgencia	El copago se exime 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 - 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 \$75 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.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de audición Examen de diagnóstico de audición	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de servicios de audición.
Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de audición de rutina - Adaptación y evaluación de audífonos - Audífonos	\$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.	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.
Servicios dentales (de rutina) - Servicios cubiertos por Medicare Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes: - 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) Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Limpieza dental profunda - Empastes y reparaciones - Tratamientos de conducto (endodoncia) - Coronas dentales (carillas) - Puentes, prótesis dentales, extracciones y otros servicios	\$0 de copago para cada servicio cubierto por Medicare Este plan proporciona una asignación de \$200 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$800. \$0 de copago hasta el monto de la asignación para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.	Para las coronas restauradoras y las prótesis dentales fijas se requieren autorizaciones antes del tratamiento. 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. 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. 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.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de la visión - 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.	\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago para examen retinopatía diabética \$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Debe consultar a un médico de la red EyeMed para recibir servicios no cubiertos por Medicare. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos restantes.
Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de la vista de rutina, incluida refracción - Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto)	\$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario. \$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación del plan. Este plan proporciona hasta \$320 para accesorios para la vista cada año.	
Servicios de salud mental - Atención de salud mental para pacientes hospitalizados - Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$175 de copago por día para los días 1–7 \$0 de copago por día para los días 8–90 \$40 de copago por visita de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios	Es posible que los servicios requieran autorización previa. El límite de por vida para atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día para los días 1–20 \$188 de copago por día para los días 21–100	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No es obligatorio contar con una hospitalización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de rehabilitación - Terapia ocupacional - Terapia física, del habla y del lenguaje - Rehabilitación cardíaca - Rehabilitación pulmonar	\$5 de copago por visita \$5 de copago por visita \$5 de copago por visita \$5 de copago por visita	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Ambulancia	\$150 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre. 20% de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea.	
Transporte	\$0 de copago por 25 viajes de ida o vuelta para transporte no urgente dentro de un radio de 25 millas cada año	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

BENEFICIOS DE BIENESTAR INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (Asignación flexible para gastos)	\$0 de copago hasta el monto de la asignación	Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes.
Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras: • Golf • Membresía al gimnasio • Clases de Tai Chi • Clases de yoga o pilates	Este plan proporciona una asignación de \$100 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$400. Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con su tarjeta de débito flexible.	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.
Artículos de venta libre (OTC) Clever Care proporciona una lista de artículos de venta libre (OTC) elegibles que se pueden comprar en la tienda o en línea.		
Suplementos de hierbas Los suplementos de hierbas deben adquirirse del consultorio de un acupunturista de la red, de un proveedor de la red o llamando a Clever Care.		Los suplementos de hierbas son usados para el tratamiento de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad y otras.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de acupuntura Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura dentro de la red ilimitados con un máximo de \$1,200. Servicios de bienestar del este Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • Med-X • Reflexología	\$0 de copago por visita hasta el máximo del plan Este plan ofrece un máximo de 12 servicios de bienestar por año calendario. \$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas permitidas.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Salud y bienestar (servicio de rutina, no cubierto por Medicare) • Examen físico anual realizado por su PCP	\$0 de copago por una visita por año	Este servicio no está cubierto por Original Medicare. El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.
Línea de enfermería disponible las 24 horas 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.	\$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.
Visita de telesalud • Visita en Teladoc® • Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico.	\$0 de copago por una visita médica \$40 de copago por una visita de salud mental \$0 de copago	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. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas, y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario. Puede completar estas visitas con un teléfono, una tableta o una computadora.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de COVID-19 Si le diagnostican COVID-19, el plan cubre: • las pruebas, • el tratamiento, • el transporte, • la salud mental, • la telemedicina, • las prestaciones de medicamentos con receta	\$0 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta.

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.	
Equipo y suministros médicos • 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	0% de coseguro para artículos de \$500 o menos. 20% de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para artículos de más de \$500. 20% de coseguro del monto permitido por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.	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 un monitor de glucosa en la sangre y suministros por año
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.	\$0 de copago hasta la cantidad máxima de comidas permitida por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No se aplica después de una cirugía ambulatoria.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
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.	\$0 de copago por un dispositivo por año	Es posible que los servicios requieran autorización previa.
Cuidado de los pies (podiatría) Cuidado de los pies cubierto por Medicare Cuidado de los pies (no cubierto por Medicare, de rutina)	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare No cubierto	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de quiropráctica Atención quiropráctica cubierta por Medicare	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) 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. Los miembros que tengan una o más de las afecciones crónicas que figuran abajo pueden ser elegibles para estos beneficios complementarios adicionales. • 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	Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para 3 comidas al día durante 14 días con un límite de 42 comidas por año. Comestibles \$0 de copago por artículos de comestibles calificados con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente. 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). Visita de control de bienestar en el hogar \$0 de copago para una visita de control de bienestar en el hogar. Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. 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. El beneficio de comidas no está disponible después de una visita para una cirugía ambulatoria Este servicio está limitado a aquellos que cumplen con los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.

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.

Etapas 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapas 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	\$10 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad	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.

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	Durante esta etapa usted paga: • \$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).
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.	Durante esta etapa, usted paga uno de los siguientes costos (el que sea mayor): • 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.



2023 Resumen de Beneficios

Clever Care Jasmine Medicare Advantage (HMO C-SNP)

**Un Plan Medicare Advantage y medicamentos
con receta**

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

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

JASMINE



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, o Riverside.**

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 JASMINE MEDICARE ADVANTAGE (HMO C-SNP)

Un plan de necesidades especiales para trastornos cardiovasculares crónicos y/o diabetes.

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.**

Si está inscrito en el programa Medi-Cal, es posible que no pague nada por los servicios o que reciba ayuda con su parte de los costos (como el copago, el coseguro o los deducibles). Debe seguir inscrito en Medi-Cal para tener costos compartidos reducidos.

PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$31.80	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos con receta de la Parte D.
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta de la Parte D.)	\$7,550 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	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2022 y es posible que se modifiquen en 2023. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. • Deducible de \$1,556 por período de beneficio • \$0 de copago por día para los días 1–60, por período de beneficio y los días 91 y más • \$389 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del copago de los servicios.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Los copagos se basan en períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios • Instalación hospitalaria ambulatoria • Centro de cirugía ambulatoria • Servicios de observación	20% de coseguro del monto permitido por Medicare. En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	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 • 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.
Atención preventiva • 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	\$95 de copago por visita a una sala de emergencias En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del copago de los servicios.	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios necesitados urgentemente	\$25 de copago por visita a un centro de atención de urgencia En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del copago de los servicios.	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes - 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)	20 % de coseguro del monto permitido por Medicare por cada servicio. En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	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 - Examen de diagnóstico de audición Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) - 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 \$1,500 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
Servicios dentales (de rutina) - Servicios cubiertos por Medicare Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes: - 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) Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Limpieza dental profunda - Empastes y reparaciones - Tratamientos de conducto (endodoncia) - Coronas dentales (carillas) - Puentes, prótesis dentales, extracciones y otros servicios	\$0 de copago para cada servicio cubierto por Medicare Este plan proporciona una asignación de \$625 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$2,500. \$0 de copago hasta el monto de la asignación para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales.	Para las coronas restauradoras y las prótesis dentales fijas se requieren autorizaciones antes del tratamiento. 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. 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. 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.
Servicios de la visión - 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. Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina) - Examen de la vista de rutina, incluida refracción - Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto)	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago para examen retinopatía diabética \$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas \$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario. \$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación del plan. Este plan proporciona hasta \$300 para accesorios para la vista cada año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Debe consultar a un médico de la red EyeMed para recibir servicios no cubiertos por Medicare. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos restantes.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de rehabilitación • Terapia ocupacional • Terapia física, del habla y del lenguaje • Rehabilitación cardíaca • Rehabilitación pulmonar	20% de coseguro del monto permitido por Medicare por estos servicios En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Ambulancia	20% de coseguro del monto permitido por Medicare por estos servicios En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	
Transporte	\$0 de copago por 48 viajes de ida o vuelta para transporte no urgente dentro de un radio de 25 millas cada año	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

BENEFICIOS DE BIENESTAR INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (Asignación flexible para gastos) Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras: • Golf • Membresía al gimnasio • Clases de Tai Chi • Clases de yoga o pilates Artículos de venta libre (OTC) Clever Care proporciona una lista de artículos de venta libre (OTC) elegibles que se pueden comprar en la tienda o en línea. Suplementos de hierbas Los suplementos de hierbas deben adquirirse del consultorio de un acupunturista de la red, de un proveedor de la red o llamando a Clever Care.	\$0 de copago hasta el monto de la asignación Este plan proporciona una asignación de \$320 hasta cuatro veces al año, a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. El beneficio máximo anual es de \$1,280. Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con su tarjeta de débito flexible.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos restantes. 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. Los suplementos de hierbas son usados para el tratamiento de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad y otras.
Servicios de acupuntura Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura dentro de la red ilimitados con un máximo de \$3,000. Servicios de bienestar del este Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • Med-X • Reflexología	\$0 de copago por visita hasta el máximo del plan Este plan ofrece un máximo de 24 servicios de bienestar por año calendario. \$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas permitidas.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (servicio de rutina, no cubierto por Medicare) Examen físico anual realizado por su PCP	\$0 de copago por una visita por año	Este servicio no está cubierto por Original Medicare. El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.
Línea de enfermería disponible las 24 horas 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.	\$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.
Visita de telesalud - Visita en Teladoc® - Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico.	\$0 de copago por una visita médica o de salud mental \$0 de copago	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. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas, y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario. Puede completar estas visitas con un teléfono, una tableta o una computadora.
Servicios de COVID-19 Si le diagnostican COVID-19, el plan cubre: - las pruebas, - el tratamiento, - el transporte, - la salud mental, - la telemedicina, - las prestaciones de medicamentos con receta	\$0 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta.

MÁS BENEFICIOS INCLUIDOS EN SU PLAN

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura mundial	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.	

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Equipo y suministros médicos - 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	20% de coseguro del monto permitido por Medicare En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	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 un monitor de glucosa en la sangre y suministros por año
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.	\$0 de copago hasta la cantidad máxima de comidas permitida por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. No se aplica después de una cirugía ambulatoria.
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.	\$0 de copago por un dispositivo por año	Es posible que los servicios requieran autorización previa.
Cuidado de los pies (podiatría) Cuidado de los pies cubierto por Medicare Cuidado de los pies (no cubierto por Medicare, de rutina)	20% de coseguro del monto permitido por Medicare En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios. \$0 de copago por las visitas no cubiertas por Medicare, hasta 12 visitas	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de quiropráctica Atención quiropráctica cubierta por Medicare	20% de coseguro del monto permitido por Medicare En el caso de las personas que tienen Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pueden pagar una parte o la totalidad del coseguro de los servicios.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) 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. Los miembros que tengan una o más de las afecciones crónicas que figuran abajo pueden ser elegibles para estos beneficios complementarios adicionales. • 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	Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para 3 comidas al día durante 14 días con un límite de 42 comidas por año. Comestibles \$0 de copago por artículos de comestibles calificados con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente. 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). Visita de control de bienestar en el hogar \$0 de copago para una visita de control de bienestar en el hogar. Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. 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. El beneficio de comidas no está disponible después de una visita para una cirugía ambulatoria Este servicio está limitado a aquellos que cumplen con los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.

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.

Etapas 1: Deducible anual	\$505 El deducible anual no se aplica a los Niveles 1 y 6.			
Etapas 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	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
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.

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	Durante esta etapa usted paga: • \$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).
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.	Durante esta etapa, usted paga uno de los siguientes costos (el que sea mayor): • 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.

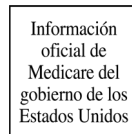
Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO C-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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.

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2023 de Medicare con Estrellas



Clever Care Health Plan - H7607

En el 2023, Clever Care Health Plan - H7607 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas:	No hay suficientes datos disponibles*
Calificación de los Servicios de Salud:	No hay suficientes datos disponibles
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	★★★★☆

**En algunos planes no hay la información suficiente para calificar su desempeño.*

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 diversos factores que incluyen:

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

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

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

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

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

¿Preguntas sobre este plan?

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

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



REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal

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

Clever Care:

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

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

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

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

Correo electrónico: civilrightscordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

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

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



MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English/Language 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) (普通話)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

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

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

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

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

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

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

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

Arabic: انيديل فيودال لودج وأحصل اب قل عتت قلئس أي أن ع قباجل لل فيناجل ما يروفلا مجرتملا تامدخ مدقن انن! ام صخش موقيس. (833) 388-8168 (TTY:711) علع انب لاصتال اوس لكيل ع سيل، يروف مجرتم علع لوصحلل فيناجل ممدخ هذ. كتدع اس مب فيبر عل ثدحتي.

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.

Português: 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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

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



Cómo inscribirse en Clever Care Health Plan



**Su agente completará
el formulario de Alcance
de la cita.**



**Complete la solicitud
de inscripción**
(Deberá tener su tarjeta
de identificación de
Medicare).



**Firme y devuelva la
solicitud a Clever Care.**



PRIMA MENSUAL DEL PLAN PARA PERSONAS QUE RECIBEN AYUDA ADICIONAL DE MEDICARE PARA AYUDARLES A PAGAR LOS COSTOS DE SUS MEDICAMENTOS CON RECETA

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. La cantidad de ayuda adicional que usted recibe determinará su prima mensual total como miembro de nuestro plan.

Esta tabla le muestra cuál será su prima mensual del plan si recibe Ayuda adicional.

Su nivel de Ayuda adicional	Prima mensual de Clever Care Longevity (HMO)*	Prima mensual de Clever Care Fortune (HMO)*	Prima mensual de Clever Care Value (HMO)*	Prima mensual de Clever Care Jasmine (HMO C-SNP)*
100%	\$0	\$0	\$0	\$0
75%	\$0	\$0	\$0	\$7.95
50%	\$0	\$0	\$0	\$15.90
25%	\$0	\$0	\$0	\$23.85

*Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted deba pagar.

La prima de los planes Clever Care Health 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 y 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.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 y los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m..

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al (833) 388-8168 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. Las horas indicadas corresponden a la zona horaria del Pacífico.



FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) exigen que los agentes documenten el alcance 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). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Ponga sus iniciales al lado del tipo de producto que desea que el agente discuta. Si no desea que el agente le hable de un tipo de plan, deje la casilla vacía.

Plan de Salud Clever Care - Plan Medicare Advantage de medicamentos recetados (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD)

☐

Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

☐

Plan por necesidades especiales crónicas de Medicare (Chronic Special Needs Plan, C-SNP): Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Entre los grupos específicos a los que se prestan servicios, se incluyen las personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales arriba. No hay obligación de inscribirse. El estado de inscripción actual o futuro de Medicare no se verá afectado, y no se realizará la inscripción automática.

SECCIÓN DEL BENEFICIARIO

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha:

/ /

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete abajo:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

Número de teléfono (opcional):

SECCIÓN DEL AGENTE

El agente autorizado debe completar esta sección antes de reunirse con el beneficiario:

Nombre del agente:

Teléfono:	Número de productor nacional (NPN):
-----------	-------------------------------------

Nombre del beneficiario:

Teléfono (opcional):	Dirección (opcional):
----------------------	-----------------------

Indique el método de contacto (marque una opción)

☐ Evento de ventas ☐ Sin cita previa ☐ Llamada entrante ☐ Tarjeta de permiso para llamar
☐ Otro _____

Plan(es) representado(s) durante esta reunión/este evento _____

Fecha de la cita: _____ / _____ / _____

Fecha de finalización de la cita: _____ / _____ / _____

Para el agente: si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué el alcance de la cita (Scope of Appointment, SOA) no se documentó antes de la reunión: _____

Identificación de beneficiario de Medicare (complete después de recibir la solicitud de inscripción):
_____ - _____ - _____

Al firmar este formulario, el agente certifica que el SOA fue documentado y acordado por el beneficiario (o su representante autorizado) antes de discutir la información del. **El agente también se compromete a proporcionar una copia de este SOA junto con el formulario de inscripción del beneficiario.**

La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.

Firma del agente:	Fecha: ____ / ____ / ____
-------------------	------------------------------

Envíe por correo o fax el SOA completo y la solicitud 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

Para el agente: para obtener información adicional, llame a la línea gratuita de Soporte para corredores de Clever Care al (877) 525-3837 o a su gerente de ventas regional.

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. Para adaptaciones para personas con necesidades especiales en las reuniones, llame al (833) 388-8168 (TTY:711).



2023 Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C)

¿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 de enero).
- En el lapso de 3 meses desde la primera vez que se inscribe en Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de planes.

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

¿QUÉ NECESITO PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO?

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

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

RECORDATORIOS:

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

¿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 SIN HOGAR

- Si desea afiliarse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques de la Seguridad Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

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

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de 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** Medicare Advantage (HMO)

☐	Condado de Los Angeles	\$0 por mes	H7607-002-001
☐	Condado de Orange	\$0 por mes	H7607-002-002
☐	Condado de San Diego	\$0 por mes	H7607-002-003
☐	Condado de San Bernardino	\$0 por mes	H7607-002-004
☐	Condado de Riverside	\$0 por mes	H7607-002-005

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

☐	Condado de Los Angeles	\$0 por mes	H7607-007-001
☐	Condado de Orange	\$0 por mes	H7607-007-002
☐	Condado de San Diego	\$0 por mes	H7607-007-003
☐	Condado de San Bernardino	\$0 por mes	H7607-007-004
☐	Condado de Riverside	\$0 por mes	H7607-007-005

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

☐	Condado de Los Angeles	\$0 por mes	H7607-008-001
☐	Condado de Orange	\$0 por mes	H7607-008-002
☐	Condado de San Diego	\$0 por mes	H7607-008-003
☐	Condado de San Bernardino	\$0 por mes	H7607-008-004
☐	Condado de Riverside	\$0 por mes	H7607-008-005

Clever Care **Jasmine** Medicare Advantage (HMO C-SNP)

☐	Condado de Los Angeles	\$31.80 por mes	H7607-011-001
☐	Condado de Orange	\$31.80 por mes	H7607-011-002
☐	Condado de San Bernardino	\$31.80 por mes	H7607-011-004
☐	Condado de Riverside	\$31.80 por mes	H7607-011-005

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 afecciones crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) hasta 2023.

Continuación ►

Sección 1

Todos los campos de esta página son obligatorios (continuación)

NOMBRE:		APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono:	

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

Ciudad:	Condado (opcional):	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:

— — — — — - — — — — - — — — — —

RESPONDA A ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Clever Care Health Plan?		☐ Sí ☐ No
Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en Medi-Cal (Medicaid)?	☐ Sí ☐ No
--	---

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

— — — — — — — — — —

¿Se está inscribiendo en el plan Clever Care Jasmine (HMO C-SNP)?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **SÍ**, comprende que este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedad crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica. Debe responder las siguientes preguntas. Clever Care está autorizado a comunicarse con su médico para verificar las respuestas que facilitó. **Si la respuesta es NO, pase a la siguiente página.**

PREGUNTAS CLÍNICAS SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. DIABETES MELLITUS

a) ¿Su médico u otro profesional de atención médica autorizado le ha diagnosticado diabetes?	☐ Sí ☐ No
b) ¿Ha presentado aumento de la sed, micción frecuente, hambre extrema, pérdida de peso inexplicable, llagas de cicatrización lenta o infecciones frecuentes?	☐ Sí ☐ No
c) ¿Ha tenido problemas de niveles altos de azúcar en sangre?	☐ Sí ☐ No
d) ¿Toma medicamentos o ha seguido una dieta especial para controlar los niveles de azúcar en sangre?	☐ Sí ☐ No

2. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

a) ¿Su médico u otro profesional de atención médica autorizado le ha diagnosticado arritmia cardíaca o enfermedad de las arterias coronarias (angina), coágulos de sangre o vasculopatía de las piernas?	☐ Sí ☐ No
b) ¿Ha tenido palpitaciones en el pecho?	☐ Sí ☐ No
c) ¿Ha tenido problemas de dolor u opresión en el pecho, falta de aire, ataque cardíaco (infarto de miocardio) o accidente cerebrovascular?	☐ Sí ☐ No

3. Indique los proveedores que pueden verificar sus afecciones.

Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número de teléfono	Número de fax	
Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número de teléfono	Número de fax	

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 puedo estar inscrito en sólo un plan MA a la vez - y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Clever Care Health Plan, deberé recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Clever Care Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Clever Care Health Plan que estén incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Clever Care Health Plan. Ni Medicare ni Clever Care pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.

Entiendo que al marcar esta casilla ☐ representa mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de la misma. 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. 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2

Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es decisión suya. No se le puede denegar la cobertura porque no las rellene.

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

- ☐ a) No, no es de origen hispano, latino o español ☐ b) Sí, puertorriqueño ☐ c) Sí, otro origen hispano, latino o español ☐ d) Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a ☐ e) Sí, cubano
☐ f) **Decido no contestar.**

Continuación ►

Sección 2

Todos los campos de esta página son opcionales (continuación)

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

- ☐ a) Indio americano o nativo de Alaska ☐ b) Indio asiático ☐ c) Negro o afroamericano
☐ d) Camboyano ☐ e) Chino ☐ f) Filipino ☐ g) Guamanés o chamorro ☐ h) Japonés ☐ i) Coreano
☐ j) Laosiano ☐ k) Hawaiano nativo ☐ l) Otros asiáticos ☐ m) Otros isleños del Pacífico ☐ n) Samoano
☐ o) Tailandés ☐ p) Vietnamita ☐ q) Caucásico ☐ r) Otros: _____

☐ s) **Decido no contestar.**

3. ¿Cuál es su idioma preferido para hablar?

- ☐ a) Inglés ☐ b) Mandarín ☐ c) Cantonés ☐ d) Jemer ☐ e) Coreano ☐ f) Vietnamita ☐ g) Español
☐ h) Otro: _____

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

- ☐ a) Chino (tradicional) ☐ b) Coreano ☐ c) Vietnamita ☐ d) Español

Si su idioma preferido para escribir no aparece en la lista, escríbalo a continuación. Esto nos ayudará a comprender mejor las necesidades futuras de nuestros miembros.

☐ e) Otro: _____

5. Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- ☐ a) Braille ☐ b) Letra grande ☐ c) Archivo de audio

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.

6. ¿Usted trabaja?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Su marido trabaja?

☐ Sí ☐ No

8. Indique quién es su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) y cuál es su red/grupo médico:

Nombre del PCP:

Número de id. de inscripción del PCP:

Grupo médico o red de médicos:

¿Es usted un paciente actual de este médico?

☐ Sí ☐ No

9. Indique su dirección de correo electrónico: _____

☐ a) Acepto recibir material y comunicaciones de Clever Care por correo electrónico.

☐ b) Acepto recibir los materiales requeridos del plan (las notificaciones de inscripción y el Aviso anual de cambios).

Si no marca ninguna de las casillas anteriores, recibirá los materiales impresos del plan por correo.

PAGO DE LAS PRIMAS 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 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.

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

☐ a) Recibir una factura.

☐ b) Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ i) Seguro Social ☐ ii) RRB

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

¡GRACIAS POR ELEGIR CLEVER CARE HEALTH PLAN!

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

☐ a) Televisión

☐ b) Radio

☐ c) Periódico

☐ d) Internet (es decir, Google, Facebook, YouTube, etc.)

☐ e) Familiar, amigo, médico o acupunturista

☐ f) Corredor de seguros de salud autorizado

☐ g) Correo

☐ h) Evento

☐ i) Otro: _____

Gracias por compartirlo con nosotros. Le damos la bienvenida a la familia de Clever Care.

SOLO PARA USO DEL AGENTE (*obligatorio*)

Nombre del agente:	FMO (si corresponde):
Número de productor nacional (NPN):	
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: (mm/dd/aaaa)	Fecha en que se recibió la solicitud: (mm/dd/aaaa)
Idioma preferido para hablar del afiliado (si no es inglés):	

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. Los artículos 1851 y 1860D-1 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.**

12. 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.
- ☐ a) Soy nuevo en Medicare.
 - ☐ b) 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).
 - ☐ c) 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 (indicar la fecha: _____).
 - ☐ d) Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ e) Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ f) Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ g) Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid). Este cambio se produjo el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ h) Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda adicional 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). Este cambio se produjo el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ i) Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.
 - ☐ j) 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 (indicar la fecha: _____).
 - ☐ k) Recientemente me fui de un programa PACE®. Me fui el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ l) Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ m) Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ n) Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
 - ☐ o) Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
 - ☐ p) Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ q) Me inscribieron en un plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indicar la fecha: _____).
 - ☐ r) 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.

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.

