



Resumen de beneficios 2022

Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)

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

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

Año del plan: Del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022



Un plan de Clever Care Medicare Advantage HMO le brinda la conveniencia de tener servicios médicos, cobertura de medicamentos con receta, 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 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

clevercarehealthplan.com/provider

Farmacias

clevercarehealthplan.com/pharmacy

Farmacopea (lista de medicamentos cubiertos)

clevercarehealthplan.com/formulary

Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **(833) 388-8168 (TTY: 711):**



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.

Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.

¡Hablamos su idioma!

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 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.



Resumen de beneficios 2022

Plan Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)

Un plan MA-PD completo

Vigente desde el 1.º de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022

La siguiente información es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC).

La EOC estará 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 pagaría en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

Beneficios médicos y en hospitales

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 <ul style="list-style-type: none"> • Instalación hospitalaria ambulatoria • Centro quirúrgico ambulatorio • Servicios de observación 	\$20 de copago por visita \$20 de copago por visita \$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 <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria (PCP) • Especialista 	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	No se requiere autorización previa para su primera cita con un especialista. Necesitará una autorización previa para las visitas de seguimiento o los servicios futuros. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Visita de bienvenida a Medicare • Visita anual de bienestar 	\$0 de copago por una visita por año	Todo servicio adicional preventivo aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
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 y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de análisis • Servicios de diagnóstico mediante radiología (como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.) • Radiografías ambulatorias • Servicios terapéuticos de radiología (como tratamiento con radiación para el cáncer) 	\$0 de copago \$0 de copago \$75 de copago por cada tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones \$0 de copago para toda otra radiología de diagnóstico \$0 de copago por radiografías para pacientes ambulatorios 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 de diagnóstico y terapéuticos de radiología, nunca pagará más que su máximo total de bolsillo durante el año.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen de diagnóstico de audición Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) Nuestro plan ofrece cobertura adicional de la audición no cubierta por Original Medicare. <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Adaptación y evaluación de audífonos • Audífonos 	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare. \$0 de copago para un examen de audición de rutina. \$0 de copago para hasta 3 adaptaciones y evaluaciones por año. \$0 de copago para audífonos hasta el monto máximo del beneficio del plan. Este plan cubre hasta \$500 por oído para audífonos cada año.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de servicios de audición. Los audífonos están disponibles a través de NationsHearing y se limitan a dispositivos específicos con base en sus necesidades de audición. Después de los beneficios pagados del plan para exámenes de audición de rutina o audífonos, usted es responsable por el costo remanente.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpiezas dentales Exámenes bucales Tratamiento con flúor Radiografías <p>Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpieza dental profunda Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto (endodoncia) Coronas dentales (carillas) Puentes, prótesis dentales, extracciones y otros servicios 	<p>\$0 de copago para cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta el monto de la asignación.</p> <p>Este plan proporciona una asignación de \$1,250 cada seis meses, hasta un máximo anual de \$2,500, que puede utilizar para pagar servicios preventivos e integrales, <i>excluidos los implantes dentales</i>.</p>	<p>No hay ningún requisito para permanecer dentro de la red. Sin embargo, los costos de bolsillo de los miembros pueden ser menores cuando utiliza proveedores dentro de la red.</p> <p>Cualquier monto de la asignación que no se utilice al final de los seis meses se transferirá.</p> <p>Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos remanentes.</p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p>Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina)</p> <p>Nuestro plan ofrece cobertura adicional de la visión no cubierta por Original Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista de rutina, incluida refracción Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) 	<p>\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago para examen retinopatía diabética</p> <p>\$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</p> <p>\$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario.</p> <p>\$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación del plan.</p> <p>Este plan proporciona hasta \$480 para accesorios para la vista cada dos años.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Usted debe acudir a un médico de la red EyeMed.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos remanentes.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Visita de terapia grupal o individual ambulatoria 	<p>\$150 de copago por día para los días 1-7 \$0 de copago por día para los días 8-90</p> <p>\$40 de copago por visita</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>El límite de por vida para atención hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>\$0 de copago por día para los días 1-20</p> <p>\$75 de copago por día para los días 21-100</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de terapia ocupacional Servicios de terapia física, del habla y del lenguaje 	<p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>\$40 de copago por viaje (por trayecto) por servicio de ambulancia terrestre.</p> <p>20 % de coseguro del monto permitido por Medicare por servicios de transporte en ambulancia aérea.</p>	
<p>Transporte</p>	<p>\$0 de copago por 36 viajes de ida o vuelta para transporte que no sea de emergencia dentro de un radio de 25 millas cada año</p>	
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>20 % de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia</p> <p>20 % de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Salud y bienestar (Asignación flexible para gastos)</p> <p>Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía al gimnasio • Golf • Clases de Tai Chi • Clases de yoga o pilates <p>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.</p> <p>Suplementos herbales Los suplementos herbales deben adquirirse del consultorio de un acupunturista de la red, de un proveedor de la red o llamando a Clever Care.</p>	<p>\$0 de copago hasta el monto de la asignación</p> <p>Este plan proporciona una asignación flexible para gastos de salud y bienestar de \$185 cada tres meses, hasta un máximo anual de \$740.</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación. Puede usarse para actividades físicas, artículos de venta libre calificados o suplementos herbales.</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto no utilizado al final del período de tres meses no se transferirá.</p> <p>Los suplementos herbales son usados para el tratamiento de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad y otras.</p>
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Este plan cubre servicios ilimitados de visitas de acupuntura dentro de la red.</p> <p>Servicios de bienestar orientales</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • Med-X • Reflexología <p>Terapia infrarroja, si se usa como servicio complementario, no se tiene en cuenta en el límite de 12 visitas.</p>	<p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas y duración permitidos</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 12 servicios de bienestar por año calendario</p>	<p>Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Cada visita de servicio de bienestar no puede durar más de 30 minutos.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Telesalud 	<p>\$0 de copago</p>	<p>Este servicio está cubierto cuando se ofrece a través del consultorio de su médico.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (no cubiertos por Medicare, servicio de rutina) <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual realizado por su PCP 	\$0 de copago por una visita por año.	<p>El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.</p> <p>Este servicio no está cubierto por Original Medicare.</p>

Más beneficios incluidos en su plan:

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Prótesis (p. ej., ortodoncia, miembros artificiales) Zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos 	<p>0% de coseguro para artículos de \$500 o menos. 20 % de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para artículos de más de \$500</p> <p>20 % de coseguro del monto permitido por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Este plan cubre un monitor de glucosa en la sangre por año. Escoja de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un monitor de glucosa en la sangre con un suministro para 30 días de hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas de una farmacia minorista o un suministro para 90 días de hasta 300 tiras reactivas y 300 lancetas por pedido por correo. Un monitor de glucosa continuo con tres sensores por mes que no exceda los 40 sensores por año.
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.	
Cuidado de los pies (podiatría) Cuidado de los pies (podiatría) cubierto por Medicare	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
Servicios de quiropráctica Atención quiropráctica cubierta por Medicare	\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos</p> <p>Los miembros con enfermedades crónicas pueden ser elegibles para beneficios suplementarios adicionales cuando participan en el Programa de administración de la atención del plan.</p> <p>Las afecciones incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardiaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>Beneficio de comida \$0 de copago por entrega de comidas a domicilio, 84 comidas por año</p> <p>Comestibles \$0 de copago para artículos comestibles elegibles con un límite de \$25</p> <p>Beneficios de necesidades sociales \$0 de copago por servicios de compañía prestados por cuidadores personales no clínicos. Servicios limitados a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total)</p> <p>Servicio de telemonitorización \$0 de copago por el uso de dispositivos de monitoreo remoto</p> <p>Evaluación de seguridad en el hogar \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año</p> <p>Servicios de asistencia a domicilio \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria</p> <p>Asistencia para los cuidadores \$0 de copago por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales.</p> <p>Debe utilizar los proveedores contratados del plan.</p> <p>Debe participar en programas y actividades de gestión de casos con metas definidas y medidas de resultado.</p> <p>Este servicio está limitado a aquellos que cumplen con los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.</p>

Rx Cobertura de medicamentos con receta

Vigente del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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 90 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos.

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

Etapa 2: Cobertura inicial	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (pedido por correo)	Costo compartido minorista (fuera de la red)*
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 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	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

* El suministro de medicamentos a largo plazo de 90 días no está disponible en estas farmacias minoristas.

Etapa 3: Período sin cobertura

Comienza cuando el costo de medicamentos anual total (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$4,430.

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.
- El 25 % del precio para medicamentos de marca y de especialidad (más una parte de la tarifa de suministro).

Etapa 4: Cobertura catastrófica

Comienza cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$7,050 del año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Después de que los costos anuales de su bolsillo de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en una farmacia minorista o pedido por correo) alcanzan \$6,550, paga lo que sea mayor de:

- 5 % del costo, o bien
- \$3.95 de copago por un medicamento genérico (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) o
- \$9.85 de copago por el resto de los medicamentos.

Cómo elegir una farmacia

Podría pagar más por sus medicamentos con receta si elige una farmacia que no participa en nuestra red. Visite nuestro sitio web clevercarehealthplan.com/pharmacy para ubicar la farmacia dentro de la red más cercana. Si toma medicamentos diariamente para tratar una afección crónica, debería considerar inscribirse en el servicio de pedido de recetas por correo de Clever Care.

Servicio de pedido de recetas por correo

¡Ahorre dinero y un viaje mensual a su farmacia local! Regístrese en nuestra farmacia de pedidos por correo, MedImpact Direct, para recibir un suministro de 90 días de los medicamentos que toma todos los días. Su paquete será entregado a su hogar sin cargo por envío estándar.

Modelo Senior Savings de la Parte D para adultos mayores para determinadas insulinas

Clever Care participa en el modelo Senior Savings de la Parte D, ofrecida por CMS. Este programa fue diseñado para otorgar a los miembros acceso asequible a la insulina para controlar su diabetes. Dependiendo de la marca de insulina, su costo de bolsillo será de \$0 o \$35 como máximo por un suministro de 30 días en todas las etapas de cobertura.



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 (833) 388-8168 (TTY: 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8 a. m. a 8 p. m., los días hábiles. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.

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 clevercarehealthplan.com o llame al Servicio al Cliente al (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

- Usted no paga una prima del plan mensual 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.
- 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).

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

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) posee una red de médicos, hospitales y otros proveedores.

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