



Resumen de beneficios 2021

Un Plan Medicare Advantage y
medicamentos con receta

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

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

**Año del plan: Del 1.º de enero de 2021
al 31 de diciembre de 2021**



El plan de **Clever Care Longevity Medicare Advantage HMO** incluye atención médica de Medicare (Parte C), cobertura de medicamentos con receta (Parte D) y

- suplementos de hierba naturales;
- clases de Tai Chi;
- visitas de acupuntura ilimitadas;
- cobertura dental, de la visión y audición;
- servicios de acupuntura adicional (Cupping, Moxa, Tui Na, Gua Sha).

Un plan de Clever Care Medicare Advantage le brinda la conveniencia de tener tratamientos de medicina oriental y medicamentos con receta cubiertos en 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 condado de 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

Importante: Recibirá su atención de un proveedor de la red. Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los servicios.

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 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 serán devueltos en el plazo de un día hábil.

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.



Resumen de beneficios 2021

Plan Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)

Vigente del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

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 (Evidence of Coverage, 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).	\$2,999 anualmente	Este sería el monto máximo que paga en el año para los servicios cubiertos

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura de atención hospitalaria	\$90 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 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. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios hospitalarios y cirugía ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Instalación hospitalaria ambulatoria • Centro quirúrgico ambulatorio • Servicios de observación 	\$20 de copago por cada visita. \$20 de copago por cada visita. \$90 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 (Primary care physician, 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 autorización previa para cualquier visita o servicios de seguimiento. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Visita de bienvenida a Medicare • Visita anual de bienestar 	\$0 de copago	Cualquier servicio adicional preventivo aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	\$100 de copago por visita a una sala de emergencias. Y \$25,000 de límite anual para atención de emergencia cubierta y servicios necesitados urgentemente fuera de Estados Unidos y sus territorios.	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección. Cobertura mundial.
Servicios necesitados urgentemente	\$25 de copago por visita a un centro de atención de urgencia. Y \$25,000 de límite anual para atención de emergencia cubierta y servicios necesitados urgentemente fuera de Estados Unidos y sus territorios.	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección. Cobertura mundial.
Servicios de diagnóstico, análisis y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de análisis • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • 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 20 % de coseguro del monto permitido por Medicare por cada servicio de diagnóstico mediante radiología. \$0 de copago 20 % de coseguro del monto permitido por Medicare por cada servicio terapéutico de radiología.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Cubierto 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.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de diagnóstico de audición <p>Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina)</p> <p>Nuestro plan ofrece cobertura adicional de audición no cubierta por Original Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina Adaptación y evaluación de audífonos 	<p>\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para un examen de audición de rutina.</p> <p>\$0 de copago para hasta 3 adaptaciones y evaluaciones por año.</p> <p>\$0 de copago para audífonos hasta el monto máximo del beneficio del plan.</p> <p>Este plan cubre hasta \$500 por oído para audífonos cada año.</p>	<p>Usted debe usar un médico de nuestra red de servicios de audición.</p> <p>Después de los beneficios pagados del plan para exámenes de audición de rutina o audífonos, usted es responsable por el costo remanente.</p> <p>Los audífonos están disponibles a través de Nations Hearing y se limitan a dispositivos específicos con base en sus necesidades de audición.</p>
<p>Servicios dentales Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Limpieza dental no cubierta por Medicare (de rutina)</p> <p>Examen bucal no cubierto por Medicare (de rutina)</p> <p>Tratamiento con flúor no cubierto por Medicare (de rutina)</p> <p>Radiografía no cubierta por Medicare (de rutina)</p> <p>Los servicios dentales integrales cubiertos adicionales incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <p>Limpieza dental profunda Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto (endodoncia) Coronas dentales (carillas) Puentes e implantes Dentaduras, extracciones y otros servicios</p>	<p>\$0 de copago para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para limpiezas dentales hasta dos visitas cada año.</p> <p>\$0 de copago para un examen bucal hasta dos visitas cada año.</p> <p>\$0 de copago para un tratamiento con flúor cada año.</p> <p>\$0 de copago para una radiografía cada año.</p> <p>\$0 de copago para servicios dentales integrales hasta el monto de la asignación.</p> <p>Este plan ofrece una asignación de \$375 cada trimestre que puede usarse en servicios dentales adicionales.</p>	<p>Usted debe usar un médico de la red Liberty Dental.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Cualquier monto que no use al final de un trimestre se trasladará al siguiente trimestre. 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>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar 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 	<p>\$20 de copago para cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 para examen de 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 cubre hasta \$300 para anteojos o lentes de contacto cada dos años.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Usted debe usar 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>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Visita de terapia grupal/ individual ambulatoria 	<p>\$150 de copago por día para los días 1-7</p> <p>\$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>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>
<p>Servicios de terapia física</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>\$225 de copago por viaje (cada tramo).</p>	<p>Cobertura mundial.</p>
<p>Transporte</p>	<p>No cubierto</p>	

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
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.
Prueba y tratamiento de la COVID-19 <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio aprobadas por la FDA. • Visita al consultorio y servicios relacionados durante una visita que generan una orden para la prueba de COVID-19 • Atención médica y tratamiento de la COVID. • Transporte por enfermedad relacionada con la COVID-19. 	\$0 de copago por prueba \$0 de copago por visita \$0 de copago por visita en persona o virtual \$0 de copago por viaje	Debe realizarse en un hospital ambulatorio, hospital o laboratorio independiente. Se aplica a visitas al consultorio del médico, atención de urgencia, sala de emergencias, unidad móvil. Incluye tratamiento de atención de emergencia en todo el mundo Servicios necesarios desde el punto de vista médico cuando el transporte en cualquier otro vehículo podría poner en peligro la salud del beneficiario.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	\$40 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Clever Care ofrece una lista de artículos OTC elegibles en los cuales puede gastar su asignación.	\$0 de copago hasta el monto de la asignación Este plan ofrece una asignación de \$60 por trimestre para gastar en artículos OTC cubiertos.	Puede hacer un pedido por trimestre. Cualquier monto que no use al final de un trimestre se trasladará al siguiente trimestre. Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá. Después de los beneficios pagados por el plan para artículos OTC, usted es responsable de los costos remanentes.
Servicios de quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> • 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
Cuidado de los pies (podiatría) <ul style="list-style-type: none"> Cuidado de los pies (podiatría) cubierto por Medicare) 	\$25 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.
Telesalud	\$0 de copago	Este servicio está cubierto si se ofrece a través del consultorio de su médico.
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Prótesis (p. ej., ortodoncia, miembros artificiales) Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos 	20 % de coseguro del monto permitido por Medicare. 20 % de coseguro del monto permitido por Medicare. \$0 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de diálisis	20 % de coseguro del monto permitido por Medicare.	Es posible que los servicios requieran autorización previa.
Cuidado de la salud en el hogar	\$0 de copago	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios adicionales incluidos en su plan:

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> CleverFit (Clases de Tai Chi) Salud y bienestar (no cubierto por Medicare, de rutina) Nuestro plan ofrece cobertura adicional de salud y bienestar no cubierta por Original Medicare. <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual (realizado por su PCP) 	\$<0> de copago para clases con instructores o centros contratados, y clases virtuales. Hay videos disponibles para descarga. \$<0> de copago	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
<p>Asignación para suplementos de hierbas</p> <ul style="list-style-type: none"> Suplementos de hierbas para el tratamiento de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad, además de muchos otros 	<p>\$0 de copago cuando compra en un consultorio de acupunturista de la red o cuando llama a Clever Care hasta la asignación del plan.</p> <p>Este plan ofrece una asignación de \$45 por trimestre para gastar en suplementos herbales que se ofrecen en la lista de Clever Care.</p>	<p>Cualquier monto que no use al final de un trimestre se trasladará al siguiente trimestre. Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá.</p>
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Este plan cubre visitas ilimitadas de acupuntura dentro de red por año calendario.</p> <p>Servicios de bienestar orientales</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cupping/Moxa Med-X (medicina deportiva, máquinas marrones) Tui Na Gua Sha/IASTM Reflexología Terapia infrarroja, si se usa como servicio complementario, no se tiene en cuenta en el límite de 12 visitas 	<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 usar un médico de nuestra red de acupuntura</p> <p>Cada visita 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>

Rx Cobertura de medicamentos con receta

Vigente del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

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

Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y lo que usted paga.				
Etapa 1: Deducible anual	\$0			
	Esta etapa no se aplica porque no hay deducible. Vaya directamente a la etapa 2.			
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 coseguro	0 % de coseguro	0 % de coseguro	0 % de coseguro
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 de copago	\$15 de copago	\$10 de copago	\$5 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	\$75 de copago	\$225 de copago	\$150 de copago	\$75 de copago
Nivel 5: Medicamentos de nivel especiales	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro
Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva	\$10 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago

* El suministro de medicamentos a largo plazo de 90 días no está disponible en las farmacias minoristas que no participan en la red de Clever Care.

Rx Cobertura de medicamentos con receta (continuación)

<p>Etapa 3: Período sin cobertura</p> <p>Comienza después de que el costo de medicamento anual total (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,130.</p>	<p>Durante esta etapa usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago para un suministro de 30 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.• \$5 de copago para un suministro de 30 días para medicamentos genéricos del Nivel 2• El 25 % del precio para medicamentos de marca y especiales (más una parte de la tarifa de suministro).• [*= viñetas]• * \$0 de copago para un suministro de 30 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.• * \$5 de copago para un suministro de 30 días para medicamentos genéricos del Nivel 2• * El 25 % del precio para medicamentos de marca y especiales (más una parte de la tarifa de suministro). <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida para un suministro de 31 días.</p>
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica</p> <p>Comienza cuando los costos de su bolsillo alcanzan el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5 % del costo, o bien• \$3.70 de copago por un medicamento genérico (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 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 por correo de recetas de Clever Care.

Servicio de pedido por correo de recetas

MedImpact Direct Mail es nuestra farmacia de servicio por correo dentro de la red donde puede obtener un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento (medicamentos que toma todos los días) a un menor costo. Se entregarán en su hogar sin costo por el envío o la entrega.

Modelo Senior Savings de la Parte D

El plan Clever Care Longevity participa en el **modelo Senior Savings de la Parte D**, una nueva iniciativa de CMS en 2021. Está diseñado para reducir los costos de medicamentos con receta y ofrecer a los pacientes de Medicare una nueva opción de los planes de la Parte D que proporciona insulina a un costo asequible. La insulina que es parte de esta iniciativa, costará \$5 (insulinas de menor costo) o \$35 (insulinas de mayor costo) para un suministro de 30 días en todas las etapas de cobertura.



Lista de verificación de la inscripción previa

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) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días a la semana y desde el 1.º de abril hasta el 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 serán devueltos 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 cuales visita rutinariamente a su médico. Para ver una copia de la EOC, visite clevercarehealthplan.com o llame al Servicio al Cliente al 1-833-388-8168 (TTY:711).
- 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 copagos, o coseguro pueden variar 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 of Golden State, Inc. es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Clever Care of Golden State 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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711). **ATENCIÓN:** Si habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711).

多語言版本資訊

注意：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 1-833-388-8168 (聽障專線：711)。

Clever Care of Golden State complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, disability, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation. Clever Care of Golden State cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Clever Care of Golden State 遵循適用之聯邦民權法律，不因種族、膚色、國籍、性別、年齡、殘疾、血統、宗教、婚姻狀況、性別認同或性傾向而歧視任何人。



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care of Golden State Inc., una subsidiaria de propiedad absoluta de 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, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - 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 por ejemplo:
 - 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 le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por escrito ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles a la siguiente dirección:

Clever Care
Civil Rights Coordinator
8990 Westminster Blvd
3rd Floor
Westminster, CA 92683

Correo electrónico: civilrightscoordinator@ccmapd.com

Teléfono: 1-833-388-8168 (TTY: 711)

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarlo.

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>.

H7607_21_CM0010E_ES_C 06292020

Multi-language Interpreter Services

English: **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711).

Español (Spanish) **ATENCIÓN:** Si habla Español, contamos con servicios de asistencia lingüística gratuitos para usted. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711).

中文 (Chinese) **注意:** 如果您說中文, 您可獲得免費語言協助服務。請致電 1-833-388-8168 (聽障專線: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) **LƯU Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1-833-388-8168 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino) **PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang libre. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711).

한국어 (Korean) **주의:** 한국어를 말할 수 있는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공될 수 있습니다. 1-833-388-8168 (청각장애자용: 711)로 전화하십시오.

Հայերեն (Armenian) **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե խոսում եք հայերեն, կարող եք օգտվել թարգմանչի անվճար ծառայություններից: Զանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

انگلیسی (Farsi) **توجه:** اگر به زبان انگلیسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره 1-833-388-8168 تماس بگیرید.

По Русски (Russian) **ВНИМАНИЕ!** Если ты говоришь по русски, Вам доступны бесплатные языковые услуги. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) **注意:** 日本語を話される方は、無料の言語支援サービスを利用することができます。1-833-388-8168 (TTY: 711)までお電話ください

العربية (Arabic) **تنبيه:** إذا كنت تتكلم العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) **ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

យក្សែរ (Khmer/Cambodian) **ចំណាប់អារម្មណ៍:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចរកបានសម្រាប់លោកអ្នក។ ហៅទូរស័ព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711)។

Lus Hmog (Hmong) **LUS CEEV TSHWJ XEEB:** Yog koj hais Lus Hmog, peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) **ध्यानार्थ:** अगर आप हिंदीजीबोलते हैं तो, भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करें 1-833-388-8168 (TTY: 711)।

ภาษาไทย (Thai) **โปรดทราบ:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีสำหรับคุณ โทร 1-833-388-8168 (TTY: 711)

ພາສາອັງກິດ (Lao) **ເອີ້ນຊາບ:** ຖ້າທ່ານເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ພວກເຮົາມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-833-388-8168 (ໂທລະພິມ: 711).