



# 2026

## Resumen de beneficios

### Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos recetados

#### Prestación de servicios en California

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

**Año del plan: del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026**

BREATHE+

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos recetados. Encontrará una lista completa de los servicios, limitaciones y exclusiones en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), que está disponible en [es.clevercarehealthplan.com/eoc](http://es.clevercarehealthplan.com/eoc).

**Para inscribirse en este plan HMO C-SNP de Clever Care, usted debe:**

1. estar inscrito en la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare;
3. tener un diagnóstico de asma, bronquitis crónica, enfisema o EPOC.<sup>1</sup>
4. vivir en nuestra área de servicio:
  - Los Angeles
  - Orange
  - San Bernardino
  - Riverside
  - San Diego



**Encuentre médicos, especialistas, hospitales y farmacias de la red.** Si acude a un proveedor fuera de la red, deberá pagar el costo total de los servicios.

[es.clevercarehealthplan.com/provider](http://es.clevercarehealthplan.com/provider)



**Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).**

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



Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede enviar un correo electrónico a [sales@clevercarehealthplan.com](mailto:sales@clevercarehealthplan.com).

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare y Usted*. Puede consultarla en línea en medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<sup>1</sup> Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (chronic condition special needs plan, C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad que califica. No todos los miembros cumplen los requisitos.



# Resumen de beneficios 2026 | Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Un plan holístico para personas con diagnóstico de asma, bronquitis crónica, enfisema o EPOC y que reciben Medi-Cal.

**Verá esta imagen si se aplica un costo compartido reducido.**

Si está inscrito en el programa Medi-Cal completo, no pagará nada por los servicios médicos. Si tiene Medi-Cal y costo compartido (share of cost, SOC), Medi-Cal o un tercero pagarán la totalidad o parte de la prima del plan, el deducible y cualquier costo compartido. Debe seguir inscrito en Medi-Cal para tener costos compartidos reducidos.

## Primas, deducibles y límites

Costos	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Prima mensual del plan</b> (Parte C y Parte D)	\$0	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0	\$615	 Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos recetados de la Parte D.
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye los medicamentos recetados)	\$0 al año	\$9,250 al año	 Este es el monto máximo que pagará anualmente por los servicios cubiertos de Medicare.

## Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Cobertura para hospitalización*</b>	\$0 de copago por período de beneficio	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2026. <ul style="list-style-type: none"><li>• \$1,736 de deducible por período de beneficio</li><li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más</li><li>• \$434 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio</li></ul>	

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización ambulatoria</li> <li>Servicios de observación</li> </ul>	\$0 de copago por estancia  \$0 de copago por servicios de observación	20% de coseguro por estancia  20% de coseguro por servicios de observación	
<b>Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)*</b>	\$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	
<b>Visitas a médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de atención primaria (Primary care physician, PCP)</li> <li>Especialista*</li> </ul>	\$0 de copago por visita  \$0 de copago por visita de especialista	\$0 de copago por visita  \$0 de copago por visita de especialista	
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de bienvenida a Medicare o visita anual de bienestar y todos los demás servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare</li> </ul>	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita	Una visita de bienestar por año. El propósito de esta visita es crear un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo.
<b>Atención de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de emergencias</li> </ul>	\$0 por visita	\$95 de copago por visita	El copago es de \$0 si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas.
<b>Servicios de urgencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de atención de urgencia</li> </ul>	\$0 de copago por visita	\$25 de copago por visita	
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de laboratorio</li> <li>Pruebas de diagnóstico, procedimientos</li> <li>Radiografías</li> <li>Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [Magnetic Resonance Imaging, MRI], tomografía computarizada [Computed Tomography, CT], tomografía por emisión de positrones [Positron Emission Tomography, PET], etc.)</li> </ul>	\$0 de copago por servicio de laboratorio  \$0 de copago por servicio de diagnóstico  \$0 de copago por radiografía  \$0 de copago por servicio de radiología	20% de coseguro por servicio de laboratorio  \$0 de copago por servicio de diagnóstico  20% de coseguro por radiografía  20% de coseguro por servicio de radiología	

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Servicios de audición*</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare</li></ul>	\$0 de copago por servicio	\$0 de copago por servicio	Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina.
<b>Servicios de audición (de rutina)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes auditivos de rutina (límite de 1)</li><li>• Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3)</li><li>• Audífonos</li></ul> <p>Este plan ofrece una <b>asignación de \$600</b> para audífonos, por oído, por año.</p>	\$0 de copago por examen o servicio \$0 de copago por examen o servicio \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	\$0 de copago por examen o servicio \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	Cualquier asignación no utilizada vencerá el 31 de diciembre.  Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.  Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.
<b>Servicios dentales*</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare</li></ul> <b>Servicios dentales (PPO)</b> <b>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen bucal (límite de 2)</li><li>• Limpiezas dentales (límite de 2)</li><li>• Tratamiento con flúor (límite de 1)</li><li>• Radiografía de mordida (límite de 2)</li></ul> <b>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Empastes y reparaciones</li><li>• Tratamientos de conducto</li><li>• Coronas dentales</li><li>• Implantes</li><li>• Puentes, dentaduras, extracciones</li></ul> <p>Este plan proporciona una <b>asignación semestral de \$1,200</b> para servicios integrales y preventivos. El beneficio máximo anual es de \$2,400.</p>	\$0 de copago por servicio  \$0 de copago para servicios integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo	\$0 de copago por servicio  \$0 de copago para servicios integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo	No es obligatorio permanecer dentro de la red. Se aplican limitaciones y exclusiones para ciertos servicios dentales. Se requiere autorización previa para los implantes y otros servicios.  Para los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red, el Plan pagará hasta la cantidad permitida por los servicios cubiertos, sin exceder el monto permitido.  Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.  Cualquier asignación no utilizada se transferirá al próximo período de seis meses y vencerá el 31 de diciembre.  No incluye servicios de ortodoncia.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Servicios de la visión*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas</li> </ul> <b>Servicios de la visión (de rutina)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la visión de rutina</li> <li>Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto)</li> <li>Mejoras</li> </ul> <p>Este plan ofrece una <b>asignación anual de \$350</b> para accesorios para la vista.</p>	\$0 de copago por examen  \$0 de copago por artículo  \$0 de copago por examen \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	\$0 de copago por examen  \$0 de copago por artículo  \$0 de copago por examen \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.  Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.  Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.
<b>Servicios de salud mental*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización: hospital psiquiátrico</li> <li>Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual)</li> </ul>	\$0 por estadía por período de beneficio  \$0 de copago por visita	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2026. <ul style="list-style-type: none"> <li>\$1,736 de deducible por período de beneficio</li> <li>\$0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más</li> <li>\$434 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio</li> </ul> 20% de coseguro por visita	 El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b>	\$0 de copago por estancia	<p>Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2026.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago, por día, para los días 1 a 20 de cada período de beneficio</li> <li>• \$217 de copago por día, para los días 21 a 100 de cada período de beneficio</li> </ul>	 <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p>
<b>Fisioterapia*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje</li> </ul>	\$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	
<b>Ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte terrestre</li> <li>• Transporte aéreo</li> </ul>	<p>\$0 de coseguro por viaje (por trayecto)</p> <p>\$0 de coseguro por viaje</p>	<p>20% de coseguro por viaje (por trayecto)</p> <p>20% de coseguro por viaje</p>	
<b>Transporte</b> Este plan ofrece <b>48 viajes de un solo tramo</b> que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 30 millas.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina</li> <li>• Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los \$35</p> <p>0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare</p>	 <p>Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro o los \$35 para la insulina.</p>

## Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Kit de bienestar y educación sobre la salud</b> Este plan proporcionará a todos los afiliados un kit de bienestar personalizado para la salud pulmonar.	\$0 de copago por el kit	\$0 de copago por el kit	

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex</b>  Este plan ofrece una <b>asignación trimestral combinada de \$600</b> . El beneficio máximo anual es de \$2,400.	\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre	\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. La asignación no se puede cambiar por dinero en efectivo.
<b>Las actividades de acondicionamiento físico</b> incluyen, entre otras, las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Golf, tenis de mesa</li> <li>• Tai Chi, yoga</li> <li>• Membresía en gimnasios</li> </ul>	<b>Usted elige</b> cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles.  Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	<b>Usted elige</b> cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles.  Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	Cualquier asignación no utilizada se transferirá a los próximos 3 meses (trimestre) y vencerá el 31 de diciembre.  Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.
<b>Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b> incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésicos</li> <li>• Medicamentos para el resfriado y la gripe</li> <li>• Suministros de primeros auxilios</li> </ul>			Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Servicios a los miembros.
<b>Los suplementos de hierbas</b> incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginseng</li> <li>• Nido comestible</li> <li>• Bálsamo de tigre</li> </ul>			Las compras de comestibles están permitidas solo si su PCP verifica una afección crónica elegible. Este beneficio se limita a alimentos y productos agrícolas saludables, y excluye tabaco y alcohol, y otros artículos restringidos.
<b>Gastos dentales, de la vista o de la audición</b> más allá de la asignación anual.			
<b>Comestibles (alimentos y productos agrícolas saludables)*</b> solo si el Plan y su PCP verifican una afección crónica elegible. Consulte los Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos.			

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Servicios de acupuntura (de rutina)</b>  Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de <b>\$2,000 por año</b> .	\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan	\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan	Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina.
<b>Servicios de bienestar oriental</b>  Este plan ofrece un máximo de <b>24</b> servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Cupping/Moxa</li><li>• Tui Na, Gua Sha</li><li>• Med-X y reflexología</li></ul>	\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.  Todo importe de la asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.
<b>Salud y bienestar (de rutina)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen físico anual</li></ul>	\$0 de copago por una visita cada año	\$0 de copago por una visita cada año	Este examen es más completo que la visita anual de bienestar. Implica que el médico sienta, escuche o toque determinadas partes del cuerpo, además de realizar análisis de sangre y otras pruebas.
<b>Visita de telesalud</b>  Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora. <ul style="list-style-type: none"><li>• Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día).</li><li>• Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico.</li></ul>	\$0 de copago por una visita médica o de salud mental de Teladoc  \$0 de copago por visita	\$0 de copago por una visita médica o de salud mental de Teladoc  \$0 de copago por visita	Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.

## Otros beneficios incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<b>Cobertura mundial</b>  Este plan tiene un límite anual de <b>\$100,000</b> para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	\$0 de copago por servicio	
<b>Recuperación en el hogar después del alta*</b>  Este plan ofrece un beneficio combinado para ayudar con la recuperación inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada. Recibirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinación de atención personal</li><li>• Comidas a domicilio</li><li>• Servicios de asistencia a domicilio</li></ul>	Llamadas de seguimiento personal de un administrador de casos dentro de las 72 horas para ayudar con la revisión y educación sobre medicamentos, y otro apoyo según sea necesario.  \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año.  \$0 de copago para recibir hasta 60 horas de ayuda por año. Incluye asistencia con las actividades de la vida diaria, transporte a citas, tiendas de comestibles y más.	No disponible después de un procedimiento ambulatorio.  Los miembros deben llamar a Servicios a los miembros dentro de los 7 días posteriores al alta y solicitar autorización.  Este beneficio puede ser adicional, pero no reemplaza, a los servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicare.
<b>Sistema de respuesta personal ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)*</b>  Este consiste en un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.	\$0 de copago por un dispositivo por año	Llame a Servicios a los miembros.

\*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)*</b></p> <p>Si se le diagnostica una afección crónica que se enumera a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios. Se aplican limitaciones de diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos autoinmunitarios</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Trastornos cardiovasculares</li> <li>• Dependencia crónica al alcohol o a las drogas</li> <li>• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes</li> <li>• Enfermedad gastrointestinal crónica</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>• Enfermedad renal crónica</li> <li>• Enfermedades pulmonares crónicas</li> <li>• Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo</li> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• VIH/sida</li> <li>• Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores</li> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Atención posterior a un trasplante de órganos</li> <li>• Trastornos hematológicos graves</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> </ul>	<p><b>Alimentos y productos agrícolas saludables (comestibles)</b> Después de la aprobación del Plan, la asignación flexible estará disponible para comprar alimentos y productos agrícolas saludables aprobados.</p> <p><b>Comidas para afecciones crónicas</b> \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 14 días; sin exceder 42 comidas al año para los miembros que califiquen.</p> <p><b>Servicio de telemonitorización</b> \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</p> <p><b>Evaluación de seguridad en el hogar</b> \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año.</p> <p><b>Servicios de asistencia a domicilio</b> \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Se limitan a 40 horas por año.</p> <p><b>Beneficios de necesidades sociales</b> \$0 de copago por servicios de compañía de cuidadores personales no clínicos. Los servicios se limitan a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total).</p> <p><b>Asistencia para los cuidadores</b> \$0 de copago por cuidados de relevo. Se limitan a 40 horas por año.</p>	<p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos.</p> <p>Se requiere la confirmación de una afección que reúna los requisitos por parte de su PCP y la autorización previa del plan antes de que se puedan utilizar estos beneficios.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

# Rx Cobertura de medicamentos recetados

Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Su costo compartido puede diferir según la farmacia que elija (p. ej., minorista estándar, fuera de la red, pedido por correo) o si recibe un suministro de 30 o 100 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos. Si tiene Medi-Cal y costo compartido, Medi-Cal o un tercero pagará la totalidad o parte del deducible de la Parte D y el coseguro. Debe seguir inscrito en Medi-Cal para tener costos compartidos reducidos.

## Beneficio para medicamentos recetados de la Parte D y lo que usted paga.

<b>Etapa 1: Deducible anual</b>	<b>\$615</b> Este deducible anual no se aplica a los medicamentos de los Nivel 6 o de insulina.					
<b>Etapa 2: Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que los gastos máximos de bolsillo lleguen a \$2,100.	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b>		<b>Costo compartido estándar por pedido por correo</b>		<b>Costo compartido minorista (fuera de la red)<sup>2</sup></b>	
	<b>Suministro para 30 a 100 días con Medi-Cal completo</b>	<b>Suministro para 30 a 100 días</b>	<b>Suministro para 100 días con Medi-Cal completo</b>	<b>Suministro para 100 días</b>	<b>Suministro para 30 días con Medi-Cal completo</b>	<b>Suministro para 30 días</b>
<b>Nivel 1: Genérico preferido</b>	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro
<b>Nivel 2: Genérico</b>	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos</b>	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad<sup>2</sup></b>	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro	\$0 de copago	25% de coseguro
<b>Nivel 6: Medicamentos de atención especializada<sup>3</sup></b>	\$0 de copago		\$0 de copago		\$0 de copago	

<b>Insulina:</b>	No pagará un deducible ni más de \$35 por mes por un suministro de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.
<b>Vacunas:</b>	No pagará un deducible ni un copago por las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), independientemente del nivel de costos compartidos.
<b>Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas</b>  Después de llegar al costo máximo anual total de \$2,100, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.	Durante esta etapa de pago, usted paga \$0 por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

- <sup>2</sup> El suministro de medicamentos a largo plazo no está disponible en las farmacias fuera de la red ni para medicamentos especializados del Nivel 5.
- <sup>3</sup> El Nivel 6 de medicamentos de atención especializada incluye medicamentos genéricos preferidos Stars utilizados para tratar la diabetes, la presión arterial y el colesterol. También incluye medicamentos excluidos (recetados para la tos, vitaminas y Viagra genérico).



# Lista de verificación previa a la inscripción

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

## Comprensión de los beneficios

- En la Evidencia de Cobertura (EOC) se proporciona una lista completa de todos los tipos de cobertura y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [es.clevercarehealthplan.com/eoc](http://es.clevercarehealthplan.com/eoc) o llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir médicos nuevos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos recetados está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

## Comprensión de las reglas importantes

- Para planes que tienen una prima mensual:** además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Para planes que no tienen prima:** usted no paga una prima mensual del plan separada por este plan, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.
- Solo para los planes HMO:** excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para los planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica incapacitante o grave específica que califica.
- Efecto sobre la cobertura actual:** si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza Medigap ya que estará pagando por una cobertura que no podrá usar.

Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato. Nuestro proveedor y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Protegemos su privacidad. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad: [es.clevercarehealthplan.com/privacy](http://es.clevercarehealthplan.com/privacy). Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños. La tarjeta prepaga Benefits Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A. ©2025 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsBenefits es una marca comercial registrada de NationsBenefits, LLC.

M11129-SB-BRP-ES (12/25)