

## Clever Care Longevity (HMO)

| Beneficio                                                                                                                                                       | Usted paga                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicina Oriental</b>                                                                                                                                        |                                                                                    |
| Acupuntura                                                                                                                                                      | \$0 de copago (hasta \$2,000 por año)                                              |
| Terapias orientales de bienestar                                                                                                                                | \$0 de copago (24 visitas)                                                         |
| <b>Bienestar flexible: asignación de hasta \$1,260 por año (\$315 cada trimestre, con transferencia)</b>                                                        |                                                                                    |
| Suplementos de hierbas                                                                                                                                          | \$0 (hasta el monto de la asignación)                                              |
| Actividades de acondicionamiento físico                                                                                                                         | \$0 (hasta el monto de la asignación)                                              |
| Artículos de venta libre                                                                                                                                        | \$0 (hasta el monto de la asignación)                                              |
| Servicios dentales                                                                                                                                              | \$0 (hasta el monto de la asignación)                                              |
| Visión                                                                                                                                                          | \$0 (hasta el monto de la asignación)                                              |
| Beneficios de audición                                                                                                                                          | \$0 (hasta el monto de la asignación)                                              |
| Comestibles (si es elegible para SSBCI) <sup>1</sup>                                                                                                            | \$0 (hasta la asignación)                                                          |
| <b>Beneficios complementarios</b>                                                                                                                               |                                                                                    |
| Asignación dental                                                                                                                                               | \$0 de copago (máximo de \$2,200)<br>(\$1,100 dos veces al año, con transferencia) |
| Exámenes visuales de rutina                                                                                                                                     | \$0 de copago                                                                      |
| Asignación para anteojos (lentes de contacto y anteojos)                                                                                                        | \$0 de copago (\$300 por año)                                                      |
| Examen auditivo de rutina                                                                                                                                       | \$0 de copago                                                                      |
| Asignación de audífonos                                                                                                                                         | \$0 de copago (\$600 por oído, por año)                                            |
| Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS)                                                                                                           | \$0 de copago                                                                      |
| <b>Recuperación en el hogar</b>                                                                                                                                 |                                                                                    |
| Comidas posteriores al alta hospitalaria                                                                                                                        | \$0 (hasta 84 comidas)                                                             |
| Apoyo en el hogar posterior al alta hospitalaria                                                                                                                | \$0 de copago (hasta 60 horas)                                                     |
| <b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)<sup>1</sup></b> |                                                                                    |
| Comestibles (beneficio de bienestar flexible)                                                                                                                   | \$0 de copago (hasta \$315 por trimestre)                                          |
| Beneficios de apoyo en el hogar/atención de relevo/ necesidades sociales/evaluación de seguridad en el hogar                                                    | \$0 de copago (se aplican límites de cantidad y por hora)                          |
| Comidas para afecciones crónicas                                                                                                                                | \$0 (hasta 42 comidas)                                                             |
| Servicios de telemonitoreo                                                                                                                                      | \$0 de copago                                                                      |
| <b>Visitas al consultorio y atención preventiva</b>                                                                                                             |                                                                                    |
| Médico de atención primaria (Primary care physician, PCP)                                                                                                       | \$0 de copago                                                                      |
| Especialista                                                                                                                                                    | \$0 de copago                                                                      |
| Exámenes preventivos                                                                                                                                            | \$0 de copago                                                                      |
| Teladoc <sup>®</sup>                                                                                                                                            | \$0 de copago                                                                      |
| <b>Laboratorio y otros servicios de diagnóstico</b>                                                                                                             |                                                                                    |
| Servicios de laboratorio                                                                                                                                        | \$0 de copago                                                                      |

| Beneficio                                                                                                                         | Usted paga                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Radiografías básicas                                                                                                              | \$0 de copago                                                                           |
| Pruebas y procedimientos diagnósticos                                                                                             | \$0 de copago                                                                           |
| Diagnóstico radiológico (resonancia magnética [MRI], tomografía computada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.) | \$0 de copago                                                                           |
| <b>Atención de urgencia y emergencia</b>                                                                                          |                                                                                         |
| Atención de urgencia                                                                                                              | \$0 de copago                                                                           |
| Atención de emergencia                                                                                                            | \$90 de copago                                                                          |
| Cobertura mundial                                                                                                                 | \$0 de copago (máximo de \$100,000)                                                     |
| Ambulancia terrestre                                                                                                              | \$100 de copago                                                                         |
| Transporte no urgente                                                                                                             | \$0 de copago para hasta 48 viajes de ida                                               |
| <b>Servicios de hospitalización y ambulatorios</b>                                                                                |                                                                                         |
| Hospitalización                                                                                                                   | \$0 de copago                                                                           |
| Centro de enfermería especializada (SNF)                                                                                          | \$0 de copago por día para los días 1-20<br>\$75 de copago por día para los días 21-100 |
| Observación u hospitalización para pacientes ambulatorios                                                                         | \$0 de copago                                                                           |
| Centro de cirugía ambulatoria (ASC)                                                                                               | \$0 de copago                                                                           |
| <b>Beneficios para medicamentos recetados</b> (en farmacia minorista estándar para suministro de 30 días)                         |                                                                                         |
| Nivel 1: Genérico preferido                                                                                                       | \$0 de copago                                                                           |
| Nivel 2: Genérico                                                                                                                 | \$0 de copago                                                                           |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos                                                                                         | \$40 de copago                                                                          |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos                                                                                               | \$99 de copago                                                                          |
| Nivel 5: Nivel de especialidad                                                                                                    | 33 % de coseguro                                                                        |
| Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva                                                                                       | \$0 de copago                                                                           |

| <b>Otros detalles del plan</b>    |       |
|-----------------------------------|-------|
| Prima mensual del plan            | \$0   |
| Gastos máximos de bolsillo (MOOP) | \$500 |
| Deducible                         | \$0   |

Llámenos hoy mismo.

**Miembros** (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 a la semana

Del 1.º de abril al 30 de septiembre  
de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes

**No miembros:**

[es.clevercarehealthplan.com](https://es.clevercarehealthplan.com)

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.<sup>1</sup> Si tiene trastornos autoinmunitarios, trastornos cardiovasculares, dependencia crónica del alcohol o de otras drogas, diabetes mellitus, trastornos hematológicos graves u otra afección crónica elegible no mencionada aquí, puede ser elegible para un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos. Se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura.