



2026
Resumen de beneficios

Clever Care Longevity (HMO)

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

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.

Para inscribirse en este plan HMO de Clever Care, usted debe:

1. estar inscrito en la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare;
3. 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



Busque medicamentos en el Formulario (lista de medicamentos).

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.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare y Usted*. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.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.



Resumen de beneficios 2026

Clever Care Longevity (HMO) | Nuestro plan insignia con beneficios integrales.

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 gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados) | \$500 al año | Este es el monto máximo que pagará anualmente por los servicios cubiertos de Medicare. |

Beneficios médicos y en hospitales

| Beneficios | Usted paga | Información importante que debe saber |
|--|--|--|
| Cobertura para hospitalización* | \$0 de copago por período de beneficio | Cobertura sin límite de días. |
| Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización ambulatoria Servicios de observación | \$0 de copago por estancia \$0 de copago por servicios de observación | |
| Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)* | \$0 de copago por visita | |
| 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 de especialista | |
| Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> Visita de bienvenida a Medicare o visita anual de bienestar y todos los demás servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare | \$0 de copago por visita | Una visita por año. El propósito de esta visita es crear un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. |
| Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias | \$90 de copago por visita | El copago es de \$0 si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas. |
| Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencia | \$0 de copago por visita | |

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

| Beneficios | Usted paga | Información importante que debe saber |
|--|---|---|
| <p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Pruebas de diagnóstico, procedimientos Radiografías 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.) | <p>\$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$0 de copago por radiografía \$0 de copago por servicio</p> | |
| <p>Servicios de audición*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios de audición (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina (límite de 1) Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) Audífonos <p>Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año.</p> | <p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago por examen \$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p> | <p>Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina.</p> <p>Cualquier asignación no utilizada vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.</p> <p>Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.</p> |
| <p>Servicios dentales*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare <p>Servicios dentales (PPO)</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal (límite de 2) Limpiezas dentales (límite de 2) Tratamiento con flúor (límite de 1) Radiografía de mordida (límite de 2) <p>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empastes y reparaciones Tratamientos de conducto Coronas dentales Implantes Puentes, dentaduras, extracciones <p>Este plan proporciona una asignación semestral de \$1,100 para servicios integrales y preventivos. El beneficio máximo anual es de \$2,200.</p> | <p>\$0 de copago por servicio</p> <p>\$0 de copago para servicios dentales integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.</p> <p>Cualquier asignación no utilizada se transferirá al próximo período de seis meses y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>No incluye servicios de ortodoncia.</p> |

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

| Beneficios | Usted paga | Información importante que debe saber |
|--|---|--|
| <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 (de rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la visión de rutina Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) Mejoras <p>Este plan ofrece una asignación anual de \$300 para accesorios para la vista.</p> | <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago por artículo</p> <p>\$0 de copago por examen</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p> | <p>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.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p> |
| <p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización: hospital psiquiátrico Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual) | <p>\$150 de copago, por día, para los días 1 a 7; \$0 de copago, por día, para los días 8 a 90, por período de beneficio</p> <p>\$25 de copago por visita</p> | <p>El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p> |
| <p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</p> | <p>\$0 de copago, por día, para los días 1 a 20; \$75 de copago, por día, para los días 21 a 100, por período de beneficio</p> | <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p> |
| <p>Fisioterapia*</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje | <p>\$0 de copago por visita</p> | |
| <p>Ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Transporte terrestre Transporte aéreo | <p>\$100 de copago por viaje (por tramo)</p> <p>20% de coseguro por viaje</p> | |
| <p>Transporte</p> <p>Este plan ofrece 48 viajes de un solo tramo que no sean de emergencia.</p> | <p>\$0 de copago por viaje</p> | <p>Los viajes a cualquier centro de salud aprobado se limitan a un radio de 30 millas.</p> |
| <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> Insulina Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B | <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> |

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

| Beneficios | Usted paga | Información importante que debe saber |
|---|--|---|
| <p>Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex</p> <p>Este plan ofrece una asignación trimestral combinada de \$315. El beneficio máximo anual es de \$1,260.</p> <p>Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios <p>Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios <p>Los suplementos de hierbas incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre <p>Gastos dentales, de la vista o de la audición más allá de la asignación anual.</p> <p>Comestibles (alimentos y productos agrícolas saludables)* solo si el Plan y su PCP verifican una afección crónica elegible. Consulte los Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos.</p> | <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p> <p>Usted elige cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles.</p> <p>Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.</p> | <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. La asignación no se puede cambiar por dinero en efectivo.</p> <p>Cualquier asignación no utilizada se transferirá a los próximos 3 meses (trimestre) y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.</p> <p>Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Servicios a los miembros.</p> <p>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.</p> |
| <p>Servicios de acupuntura (de rutina)</p> <p>Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de \$2,000 por año.</p> <p>Servicios de bienestar oriental</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 24 servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología | <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p> <p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas</p> | <p>No se requiere derivación ni autorización previa.</p> <p>Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>El máximo anual del plan no se transferirá al próximo año del plan.</p> |

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

| Beneficios | Usted paga | Información importante que debe saber |
|--|--|--|
| Salud y bienestar (de rutina) <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual | \$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. |
| Visita de telesalud Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora. <ul style="list-style-type: none"> Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día). Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico. | \$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 |
|--|---|--|
| Cobertura mundial Este plan tiene un límite anual de \$100,000 para atención de emergencia, servicios de urgencia y viajes en ambulancia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. | \$0 de copago por servicio | |
| Recuperación en el hogar después del alta* 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"> Coordinación de atención personal Comidas a domicilio Servicios de asistencia a domicilio | 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 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. |
| Sistema de respuesta personal ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)* 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>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)*</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"> • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol o a las drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad renal crónica • Enfermedades pulmonares crónicas • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/sida • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Atención posterior a un trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular | <p>Alimentos y productos agrícolas saludables (comestibles) Después de la aprobación del Plan, la asignación flexible estará disponible para comprar alimentos y productos agrícolas saludables aprobados.</p> <p>Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 14 días; sin exceder 42 comidas al año.</p> <p>Servicio de telemonitorización \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.</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. Se limitan a 40 horas por año.</p> <p>Beneficios de necesidades sociales \$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>Asistencia para los cuidadores \$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> |

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Rx Cobertura de medicamentos recetados

Clever Care Longevity (HMO)

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.

LONGEVITY

| Beneficio para medicamentos recetados de la Parte D y lo que usted paga. | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|---|
| Etapas 1: Deducible anual | \$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible. | | | |
| Etapas 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que los gastos máximos de bolsillo lleguen a \$2,100. | Costo compartido minorista estándar (Dentro de la red) | | Costo compartido estándar por pedido por correo | Costo compartido minorista (fuera de la red)¹ |
| | Suministro de 30 días | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días | Suministro de 30 días |
| Nivel 1: Genérico preferido | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 2: Genérico | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$40 de copago | \$120 de copago | \$80 de copago | \$40 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos | \$99 de copago | \$297 de copago | \$198 de copago | \$99 de copago |
| Nivel 5: Nivel de especialidad¹ | 33% de coseguro | 33% de coseguro | 33% de coseguro | 33% de coseguro |
| Nivel 6: Medicamentos de atención especializada² | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Insulina: | 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. | | | |
| Vacunas: | 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. | | | |
| Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas Después de que los gastos máximos de bolsillo anual total por medicamentos llegue a \$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. | | | |

¹ El suministro de medicamentos a largo plazo no está disponible en las farmacias fuera de la red ni para medicamentos especializados del Nivel 5.

² 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 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 (chronic condition special needs plan, 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. 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.