



Resumen de beneficios 2024

Clever Care Active (HMO)

Un Plan Medicare Advantage y medicamentos con receta

Prestación de servicios en California

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

Año del plan: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

ACTIVE

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. 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 un plan HMO de Clever Care, usted debe:

1. tener acceso la Parte A de Medicare;
2. estar inscrito en la Parte B de Medicare, y
3. vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio:
 - Los Ángeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego

ACTIVE



**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 & You (Medicare y Usted)*. Puede consultarla en línea en medicare.gov o 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 2024

Clever Care Active (HMO)

| Un plan centrado en el bienestar con una reducción de la prima de la Parte B.

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.
Reducción de la prima de la Parte B	La diferencia entre los \$50 que paga el plan y el monto de la prima de la Parte B	Este no es un reembolso. Usted debe pagar el monto reducido de la prima de la Parte B. Si su prima de la Parte B se deduce de su cheque del Seguro Social, el monto reducido se reflejará en su cheque mensual.
Deductible	\$0	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$2,500 al año	Este es el monto máximo que pagaría en el año por los servicios cubiertos de Medicare.

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para hospitalización*	\$100 de copago, por día, para los días 1 a 5; \$0 de copago, por día, para los días 6 a 90, por período de beneficio	
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* • 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 estancia	
Visitas a médicos • Médico de atención primaria (primary care physician, PCP) • Especialista*	\$0 de copago por visita \$5 de copago por visita de especialista	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
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 cubierta por Medicare	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.
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias 	\$75 de copago por visita	El copago se exime si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas por la misma afección.
Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de urgencia 	\$0 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes* <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Pruebas de diagnóstico, procedimientos Radiografías Servicios de diagnóstico mediante radiología (p. ej.: resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], etc.) 	\$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$0 de copago por servicio \$50 de copago por servicio de radiología de diagnóstico o \$0 de copago por servicio de radiología básico	
Servicios de audición* <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare 	\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare	Debe acudir a un médico de la red Nations Hearing para los servicios de rutina.
Servicios de audición (de rutina) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes auditivos de rutina (límite de 1) Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) Audífonos 	\$0 de copago por examen \$0 de copago por servicio \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente. Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre. Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.
Este plan ofrece una asignación de \$600 para audífonos, por oído, por año.		

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<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) • Radiografía dental (límite de 1) <p>Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto radicular • Coronas dentales (carillas) • Implantes • Puentes, dentaduras, extracciones <p>Este plan ofrece una asignación trimestral de \$300 para servicios preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de \$1,200.</p>	<p>\$0 de copago por servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan</p>	<p>Se requiere autorización previa para implantes, tomografía computarizada (CT) de haz cónico dental, coronas restaurativas y prostodoncia fija.</p> <p>No es obligatorio permanecer dentro de la red. Sin embargo, sus costos de bolsillo pueden ser menores si acude a un proveedor de Liberty Dental.</p> <p>Para los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto permitido para los servicios cubiertos y hasta el máximo trimestral del plan. Usted podría tener que pagar el costo adicional hasta alcanzar el monto facturado por el proveedor.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente.</p> <p>Cualquier monto de asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre se trasladará al próximo trimestre 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
Servicios de la visión* <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 	\$0 de copago por examen \$0 de copago por artículo	Debe acudir a un médico de la red de VSP Vision Care para los servicios de rutina. Después de los beneficios pagados por el plan para los servicios de rutina, usted deberá pagar los costos remanentes. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de la visión (de rutina) <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 \$200 para accesorios para la vista.</p>	\$0 de copago por examen \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.
Servicios de salud mental* <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual) 	\$175 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 \$40 de copago por visita	El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	\$0 de copago, por día, para los días 1 a 20; \$180 de copago, por día, para los días 21 a 100, por período de beneficio	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia* <ul style="list-style-type: none"> Ocupacional Física, del habla y del lenguaje 	\$0 de copago por visita	
Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> Transporte terrestre Transporte aéreo 	\$75 de copago por viaje (por tramo) 20 % de coseguro	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Transporte Este plan ofrece 16 viajes de un solo tramo que no sean de emergencia.	\$0 de copago por viaje	Los viajes a un centro de salud aprobado se limitan a un radio de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Entre 0 y 20% de coseguro	0 y 20% de coseguro del costo o el monto del coseguro permitido por Medicare, lo que sea menor, para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Asignación para acondicionamiento físico con tarjeta Flex Este plan ofrece una asignación trimestral de \$250 . El beneficio máximo anual es de \$1,000.	\$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.
Las actividades de acondicionamiento físico incluyen, entre otras, las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios 	Usted elige cómo gastar la asignación. Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.	Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.

ACTIVE

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Asignación para suplementos de hierbas y de artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) con tarjeta Flex</p> <p>Este plan ofrece una asignación trimestral combinada de \$75. El beneficio máximo anual es de \$300.</p>	<p>\$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p>
<p>Los artículos de venta libre (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>Usted elige cómo gastar la asignación.</p> <p>Pague los servicios con una tarjeta de débito Flex Mastercard®.</p>	<p>Cualquier monto de la asignación que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, del 30 de junio o del 30 de septiembre no se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre.</p> <p>Puede comprar artículos OTC en línea y en tiendas minoristas.</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 \$1,500 por año.</p>	<p>\$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan</p>	<p>Debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p>
<p>Servicios de bienestar oriental</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 18 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 máximo de visitas permitidas</p>	<p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto de asignación no utilizado vencerá el 31 de diciembre.</p>

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.
Línea de enfermería de Optum® disponible las 24 horas Cuenta con personal de enfermería autorizado las 24 horas del día, los 365 días del año.	\$0 de copago por llamada	Use este beneficio para obtener asesoramiento por parte de un profesional de enfermería autorizado cuando no sepa dónde acudir para recibir atención médica o cuando tenga preguntas sobre un evento de atención médica urgente.
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 20% de coseguro por visita de salud mental \$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 internacional	\$0 de copago	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.
Asistencia alimentaria después del alta hospitalaria* Disponible inmediatamente después de una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada para ayudar con la recuperación.	\$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año.	No disponible después de una visita de cirugía ambulatoria.
Sistema de respuesta personal ante emergencias (personal emergency response system, PERS)* Este plan ofrece un dispositivo móvil y un servicio de monitoreo para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas.	\$0 de copago por año	

ACTIVE

*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 alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cardiovasculares • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular 	<p>Comidas para afecciones crónicas \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 14 días; sin exceder las 42 comidas al año para los miembros que califiquen.</p> <p>Comestibles (alimentos saludables) \$0 de copago para alimentos elegibles con un límite de \$25 por mes. No se transfiere al mes siguiente.</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 califican.</p> <p>Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.</p>

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.



Cobertura de medicamentos recetados

Clever Care Active (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.

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

Etapa 1: Deductible anual	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$5,030.	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 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$99 de copago	\$297 de copago	\$198 de copago	\$99 de copago
Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad**	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 6: Medicamentos complementarios**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulina	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.			

*El suministro a largo plazo de medicamentos no está disponible en farmacias fuera de la red, ni en farmacias minoristas o de pedido por correo para medicamentos seleccionados de los Niveles 1 a 6.

**Los medicamentos complementarios de Nivel 6 incluyen Viagra genérico, medicamentos con receta para la tos y vitaminas.

<p>Etapa 3: Interrupción de la cobertura Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$5,030, usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo anual total por medicamentos (pagado por el plan y por usted) llegue a \$8,000.</p>	<p>Durante esta etapa usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos de los Niveles 1 y 2.• \$47 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos seleccionados del Nivel 3.• 25 % del precio de los medicamentos de los Niveles 4 y 5 (más una parte de la tarifa de suministro).
<p>Etapa 4: Cobertura catastrófica Después de que el costo anual total por medicamentos llegue a \$8,000, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>



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. El horario de atención es 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.

Comprendión 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 con receta está en la red. Si no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

ACTIVE

Comprendión 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: clevercarehealthplan.com/privacy. Todas las marcas registradas son propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.