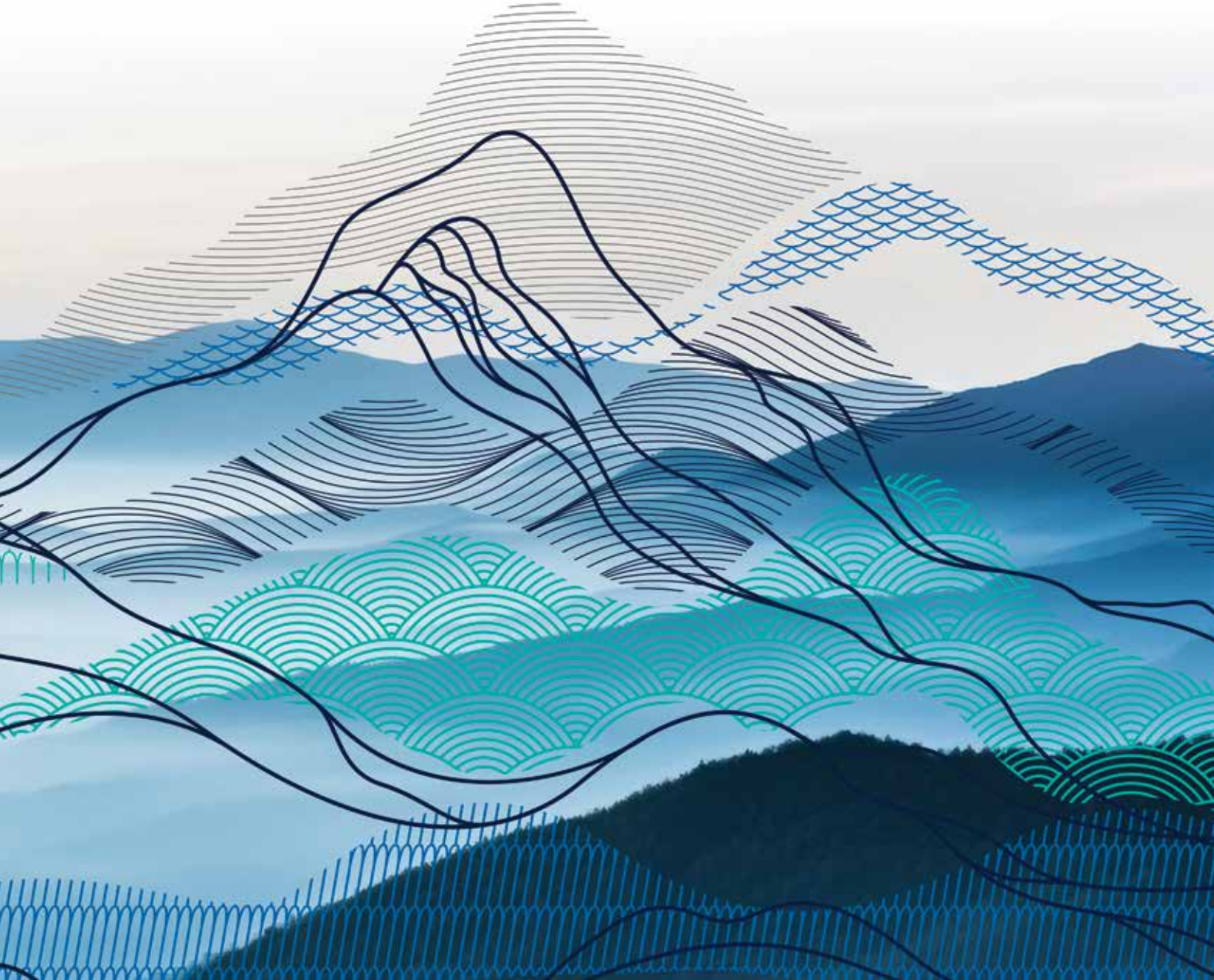
Clever Care
HEALTH PLAN

2026
Guía de inscripción
Planes Medicare Advantage (HMO) y (HMO C-SNP) de Clever Care

Longevity (HMO) | **Value (HMO)** | **Total+ (HMO C-SNP)** | **Breathe+ (HMO C-SNP)**
Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego



Clever Care HEALTH PLAN

LONGEVITY

VALUE

TOTAL+

BREATHE+

2026 Guía de inscripción

Planes Medicare Advantage (HMO) y (HMO C-SNP) de Clever Care

Longevity (HMO) | Value (HMO) | Total+ (HMO C-SNP) | Breathe+ (HMO C-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego

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.

Llame e inscríbase ahora:
(833) 365-1888 (TTY: 711)

Miembros actuales:
(833) 388-8168 (TTY: 711)

Del 1.º de octubre al 31 de marzo
De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

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

Visite nuestro sitio web en
es.clevercarehealthplan.com

El idioma nunca debe ser un obstáculo para obtener una atención de calidad.

Nuestros planes HMO brindan servicios multilingües para brindarle apoyo en cada etapa de su experiencia de atención médica, sin importar dónde se encuentre. También ofrecemos dos planes para necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plans, C-SNP) para personas con diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y algunas afecciones pulmonares crónicas.

La combinación única de medicina occidental y bienestar oriental en Clever Care abarca todos los aspectos de la atención, y respeta sus tradiciones y valores.

Este libro le proporciona toda la información que necesita sobre los planes Medicare Advantage de Clever Care y le sirve como guía durante el proceso de inscripción.

Esperamos darle la bienvenida a la familia Clever Care.

Karen Walker Johnson
Directora ejecutiva

Richard Greene
Presidente

Contenido

Conceptos básicos de Medicare

Acerca de Clever Care

Le brindamos cobertura

Descripción general del plan Clever Care

Resumen de beneficios

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)
- Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Para su información

- Medicamentos recetados
- Calificaciones de estrellas
- Tabla de primas de ayuda adicional
- NDN
- NOA

Inscripción

- Pasos para inscribirse
- Alcance de la designación (para su agente o corredor de seguros)
- Formulario de inscripción

Conceptos básicos de Medicare

Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médico). Un **Plan Medicare Advantage** también se denomina Parte C y combina todos los beneficios de Medicare Original, más extras, como odontología, visión, audición, medicamentos de venta libre y acondicionamiento físico, y, en algunos casos, la Parte D (Medicamentos recetados).

Una **Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)** es un tipo de plan Medicare Advantage, conocido como plan de "atención administrada". Con una HMO, usted elige un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) de una red específica de proveedores aprobados. Todos los servicios de atención médica, incluidas las referencias, son gestionados por su PCP. Una HMO ofrece atención asequible y de alta calidad con primas reducidas, copagos fijos en efectivo o montos de coseguro y la red de seguridad de gastos máximos de bolsillo.

Original Medicare:

Parte A (Hospital)

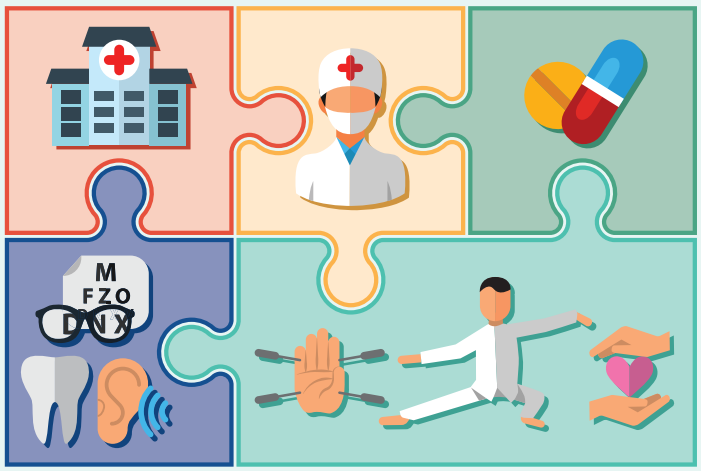
Parte B (Médico)

frente a

Planes Medicare Advantage (HMO) de Clever Care:

Parte B (Médico)

Parte A (Hospital)



Parte D (Medicamentos recetados)

Cobertura dental, visión y audición

Bienestar oriental, suplementos de hierbas, artículos de venta libre y acondicionamiento físico

Descargue nuestra
Guía de Clever de Medicare en **es.clevercarehealthplan.com/clever-guides**

Acerca de Clever Care

Con más de 15,000 proveedores, más de 50 hospitales líderes y más de 2,500 médicos bilingües y especialistas en el bienestar oriental, los planes Clever Care van más allá de Original Medicare para brindar una experiencia integral, única y asequible de atención médica y bienestar.

Los planes Clever Care HMO son la opción correcta si desea:

- Costos predecibles ($0 de deducible y $0 de copago del PCP)
- Proveedores y hospitales de confianza en su comunidad
- Comodidad de un PCP que maneja su atención médica
- Protección de gastos máximos de bolsillo
- Cobertura de medicamentos recetados
- Tratamientos de bienestar orientales (como acupuntura, gua sha, cupping)
- Cobertura dental, visión y audición
- Asistencia en idiomas de su plan de salud

Salud y bienestar centrados en usted

Además de beneficios como medicamentos recetados, odontología, visión y audición, Clever Care ofrece una variedad de beneficios centrados en la cultura, que incluyen:

- Acceso a más de 700 acupunturistas, **sin necesidad de referencias**
- Más de 800 artículos de venta libre y suplementos de hierbas
- Visitas de bienestar oriental, como cupping, moxa, tui na, gua sha y reflexología
- Beneficios de acondicionamiento físico que incluyen membresías de gimnasios y actividades como golf, tai chi y yoga

Unimos las tradiciones de la salud y la comunidad

No solo reconocemos a las comunidades a las que prestamos servicios, sino que participamos activamente en ellas. Clever Care tiene centros comunitarios que ofrecen recursos gratuitos en los idiomas vietnamita, coreano, mandarín y cantonés a través de programas como los siguientes:

- Conceptos básicos de Medicare
- Orientación para miembros
- Seminarios de médicos
- Meditación y actividades de acondicionamiento físico
- Celebraciones de cumpleaños
- Actividades culturales mensuales

Le brindamos cobertura

Los planes Medicare Advantage de Clever Care ofrecen:

- Cobertura de medicamentos recetados
- Asignación para suplementos de hierbas
- Asignación para artículos de venta libre

Es fácil explorar nuestros productos cubiertos

Llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al número gratuito (833)-388-8168 (TTY: 711).
Nuestros representantes están disponibles para ayudarle en el idioma que habla.

Para obtener información rápida y actualizada, visite nuestro sitio web para consultar las listas de medicamentos y las farmacias participantes.

Escanee los códigos QR a continuación para ver nuestros catálogos de artículos de venta libre y suplementos de hierbas.

Medicamentos recetados

Formulario de medicamentos:

es.clevercarehealthplan.com/formulary

Farmacias participantes:

es.clevercarehealthplan.com/pharmacy

Artículos de venta libre y suplementos de hierbas

nations benefits

德成行 T S EMPORIUM

Obtenga más información sobre cómo usar su tarjeta de beneficios flexibles y encuentre algunas sugerencias de entre más de 3,500 tiendas donde comprar.

Descripción general del plan Clever Care

	Longevity (HMO)	**Value** (HMO)	**Total+/Breathe+** (HMO C-SNP) con cobertura Medi-Cal completa[1]	**Total+/Breathe+** (HMO C-SNP) sin cobertura Medi-Cal completa[1]
Prima mensual	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Reducción de la Parte B	**N/C**	**$120** al mes	**N/C**	**N/C**
Gasto máximo de bolsillo	**$500**	**$2,000**	**$0**	**$9,250**
Visitas al PCP	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Visitas de especialistas	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Odontología (pagada en plazos semestrales con transferencia)	Máximo de **$2,200**	Máximo de **$800**	Máximo de **$2,400**	Máximo de **$2,400**
Acupuntura	Máximo de **$2,000** por año	Máximo de **$1,000** por año	Máximo de **$2,000** por año	Máximo de **$2,000** por año
Bienestar oriental	**24** visitas	**12** visitas	**24** visitas	**24** visitas
Beneficio Flex[2]	Máximo de **$1,260** por año	Máximo de **$360** por año	Máximo de **$2,400** por año	Máximo de **$2,400** por año
Atención en sala de urgencia	**$0**	**$0**	**$0**	**$25**
Elija esta opción si necesita	Cobertura integral que incluye amplios beneficios complementarios y de bienestar oriental por una prima mensual de **$0** y **bajos costos de bolsillo** por los servicios.	Cobertura confiable por una prima mensual del plan de **$0** y una reducción mensual en la prima de la **Parte B de Medicare** que le devuelve dinero.	Debe tener una afección crónica elegible. Prima del plan de **$0**, costos de bolsillo de **$0** por servicios si es elegible para **Medi-Cal completo**.	Un plan holístico para personas con diabetes o un trastorno cardiovascular, o insuficiencia cardíaca crónica (Total+) o asma, bronquitis crónica, enfisema o EPOC (Breathe+). Prima del plan de **$0**

Esta comparación de planes es una descripción general de alto nivel para su comodidad. Para obtener información sobre estos y otros beneficios, consulte el Resumen de beneficios o pregunte a su corredor de seguros.

[1] Este plan es un plan para necesidades especiales de enfermedades crónicas (C-SNP). La posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica que reunen los requisitos. No todos los miembros reunen los requisitos. Si tiene Medi-Cal completo, Medi-Cal o un tercero pagarán el costo total de los servicios. Si no la tiene, la cantidad que se pagará por los servicios variará. [2] La asignación de beneficios flexible se puede usar en artículos de venta libre, suplementos de hierbas, acondicionamiento físico o después de alcanzar el máximo en la asignación dental, de la visión y audición. Los miembros elegibles para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) también pueden usarla en **comestibles**. 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 reunen los requisitos. Se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura. Todos los miembros de Total+ y Breathe+ son elegibles para recibir SSBCI debido a los criterios necesarios para unirse a estos planes.

M10901-EGP-ES (10/25)

Clever Care HEALTH PLAN

LONGEVITY

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

H7607_26_CM1308_M 09152025

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.

LONGEVITY

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 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*		
• Hospitalización ambulatoria	$0 de copago por estancia	
• Servicios de observación	$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		
• Médico de atención primaria (Primary care physician, PCP)	$0 de copago por visita	
• Especialista*	$0 de copago por visita de especialista	
Atención preventiva		
• 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		
• 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		
• 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
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*		
• 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.)	$0 de copago por servicio $0 de copago por servicio $0 de copago por radiografía $0 de copago por servicio	
Servicios de audición*		Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. 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.
• Servicios cubiertos por Medicare	$0 de copago por servicio	
Servicios de audición (de rutina)		
• Examen de rutina (límite de 1) • Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) • Audífonos Este plan ofrece una **asignación de $600** para audífonos, por oído, por año.	$0 de copago por examen $0 de copago por servicio $0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	
Servicios dentales*		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.
• Servicios cubiertos por Medicare	$0 de copago por servicio	
Servicios dentales (PPO) **Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:** • Examen bucal (límite de 2) • Limpiezas dentales (límite de 2) • Tratamiento con flúor (límite de 1) • Radiografía de mordida (límite de 2) **Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:** • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto • Coronas dentales • Implantes • Puentes, dentaduras, extracciones Este plan proporciona una **asignación semestral de $1,100** para servicios integrales y preventivos. El beneficio máximo anual es de $2,200.	$0 de copago para servicios dentales integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de la visión*		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.
• Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/ tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos	$0 de copago por examen	
• Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas	$0 de copago por artículo	
Servicios de la visión (de rutina)	$0 de copago por examen $0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	
• Examen de la visión de rutina • Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) • Mejoras		
Este plan ofrece una **asignación anual de $300** para accesorios para la vista.		
Servicios de salud mental*		El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.
• Hospitalización: hospital psiquiátrico	$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	
• Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual)	$25 de copago por visita	
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	$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	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia*		
• Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje	$0 de copago por visita	
Ambulancia		
• Transporte terrestre	$100 de copago por viaje (por tramo)	
• Transporte aéreo	20% de coseguro por viaje	
Transporte Este plan ofrece **48 viajes de un solo tramo** que no sean de emergencia.	$0 de copago por viaje	Los viajes a cualquier centro de salud aprobado se limitan a un radio de 30 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare		Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro o los $35 para la insulina.
• Insulina	0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los $35	
• Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex Este plan ofrece una **asignación trimestral combinada de $315.** El beneficio máximo anual es de $1,260. **Las actividades de acondicionamiento físico** incluyen, entre otras, las siguientes: • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios **Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** incluyen, entre otros, los siguientes: • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios **Los suplementos de hierbas** incluyen, entre otros, los siguientes: • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre **Gastos dentales, de la vista o de la audición** más allá de la asignación anual. **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.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre **Usted elige** cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. La asignación no se puede cambiar por dinero en efectivo. 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. Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Servicios a los miembros. 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.
Servicios de acupuntura (de rutina) Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de **$2,000 por año**. **Servicios de bienestar oriental** Este plan ofrece un máximo de **24** servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan $0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	No se requiere derivación ni autorización previa. Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. El máximo anual del plan no se transferirá al próximo año del plan.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (de rutina) • 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. • 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: • 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
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)* 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. • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol o a las drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardiaca 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	**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. **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. **Servicio de telemonitorización** $0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. **Evaluación de seguridad en el hogar** $0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. **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. **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). **Asistencia para los cuidadores** $0 de copago por cuidados de relevo. Se limitan a 40 horas por año.	Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos. 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. Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.

*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.

Beneficio para medicamentos recetados de la Parte D y lo que usted paga.				
Etapa 1: **Deducible anual**	**$0** Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 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 especialidad**[1]	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6: **Medicamentos de atención especializada**[2]	$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.			
Etapa 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 fi al 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.

11126-SB-LGV-ES (10/25)

Clever Care
HEALTH PLAN

VALUE

2026 Resumen de beneficios

Clever Care Value (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

H7607_26_CM1446_M 09172025

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

VALUE

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 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 Value (HMO) | Un plan esencial con una reducción de la prima de la Parte B de $120.

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 $120 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.
Deducible	$0	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	$2,000 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*	$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 sin límite de días.
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios* • Hospitalización ambulatoria • Servicios de observación	 $75 de copago por estancia $0 de copago por servicios de observación	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)*	$75 de copago por visita	
Visitas a médicos • Médico de atención primaria (Primary care physician, PCP) • Especialista*	 $0 de copago por visita $0 de copago por visita de especialista	
Atención preventiva • 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 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 • Sala de emergencias	$125 de copago por visita	El copago es de $0 si lo admiten en el hospital en un plazo de 72 horas.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

VALUE

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de urgencia • Centro de atención de urgencia	 $0 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes* • 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.)	 $0 de copago por servicio de laboratorio $0 de copago por servicio $0 de copago por radiografía $75 de copago por servicio	
Servicios de audición* • Servicios cubiertos por Medicare **Servicios de audición (de rutina)** • Examen de rutina (límite de 1) • Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) • Audífonos Este plan ofrece una **asignación de $600** para audífonos, por oído, por año.	 $0 de copago por servicio $0 de copago por examen $0 de copago por servicio $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. 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 fl xible como forma de pago. Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.

VALUE

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios dentales* • Servicios cubiertos por Medicare **Servicios dentales (PPO)*** **Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:** • Examen bucal (límite de 2) • Limpiezas dentales (límite de 2) • Tratamiento con flúor (límite de 1) • Radiografía de mordida (límite de 2) **Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:** • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto • Coronas dentales • Implantes • Puentes, dentaduras, extracciones Este plan proporciona una **cobertura semestral de $400** para servicios preventivos e integrales. El beneficio máximo anual es de $800.	$0 de copago por servicio $0 de copago para servicios dentales integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	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.
Servicios de la visión* • 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 **Servicios de la visión (de rutina)** • Examen de la visión de rutina • Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) • Mejoras Este plan ofrece una **asignación anual de $200** para accesorios para la vista.	$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.
Servicios de salud mental* • Hospitalización: hospital psiquiátrico • 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 $25 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.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	$0 de copago, por día, para los días 1 a 20; $210 de copago, por día, para los días 21 a 100, por período de beneficio	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia*		
• Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje	$5 de copago por visita	
Ambulancia		
• Transporte terrestre	$150 de copago por viaje (por tramo)	
• Transporte aéreo	20% de coseguro por viaje	
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 30 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*		Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro o los $35 para la insulina.
• Insulina	0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los $35	
• Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare	

VALUE

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex Este plan ofrece una **asignación trimestral combinada de $90.** El beneficio máximo anual es de $360. **Las actividades de acondicionamiento físico** incluyen, entre otras, las siguientes: • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios **Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** incluyen, entre otros, los siguientes: • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios **Los suplementos de hierbas** incluyen, entre otros, los siguientes: • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre **Gastos dentales, de la vista o de la audición** más allá de la asignación anual. **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.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre **Usted elige** cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con una tarjeta Flex Benefits MasterCard®.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. La asignación no se puede cambiar por dinero en efectivo. 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. Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Servicios a los miembros. 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.
Servicios de acupuntura (de rutina) Este plan cubre servicios de visitas de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados **hasta un máximo de $1,000 por año**. **Servicios de bienestar oriental** Este plan ofrece un máximo de **12** servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan $0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	No se requiere derivación ni autorización previa. Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. El máximo anual del plan no se transferirá al próximo año del plan.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

VALUE

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar (de rutina) • 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. • 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 $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.

VALUE

Otros beneficios incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura mundial Este plan tiene un límite anual de **$75,000** 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: • 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
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)* 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. • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol o a las drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardiaca 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	**Alimentos y productos agrícolas saludables (comestibles)** Después de la aprobación del Plan, el se realizará una asignación fl xible disponible para comprar alimentos y productos saludables aprobados.	El beneficio mencionado forma parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos. 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. Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.

VALUE

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Rx Cobertura de medicamentos recetados
Clever Care Value (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 para medicamentos recetados de la Parte D y lo que usted paga.				
Etapa 1: **Deducible 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 llegue 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**	$30 de copago	$90 de copago	$60 de copago	$30 de copago
Nivel 4: **Medicamentos de marca no preferidos**	$75 de copago	$225 de copago	$150 de copago	$75 de copago
Nivel 5: **Nivel de especialidad**[1]	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6: **Medicamentos de atención especializada**[2]	$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.			
Etapa 3: **Cobertura en situaciones catastróficas** 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.			

[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.

M11127-SB-VAL-ES (10/25)

Clever Care HEALTH PLAN

2026 Resumen de beneficios

Clever Care Total+ (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

TOTAL+

H7607_26_CM1310_M 09152025

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 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. con diagnóstico de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica (ICC) o un trastorno cardiovascular que califica[1]
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

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 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.

[1] 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 Total+ (HMO C-SNP)

Un plan holístico para personas diagnosticadas con un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes, 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
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	$0	$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	$0	$615	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos recetados de la Parte D.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (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
Cobertura para hospitalización*	$0 de copago por período de beneficio	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2025 y es posible que se modifi uen en 2026. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. • $1,676 de deducible por período de beneficio • $0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más • $419 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

TOTAL+

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios*			
• Hospitalización ambulatoria	$0 de copago por estancia	20% de coseguro por estancia	
• Servicios de observación	$0 de copago por servicios de observación	20% de coseguro para servicios de observación	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)*	$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	
Visitas a médicos			
• Médico de atención primaria (Primary care physician, PCP)	$0 de copago por visita	$0 de copago por visita	
• Especialista*	$0 de copago por visita de especialista	$0 de copago por visita de especialista	
Atención preventiva			
• 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	$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.
Atención de emergencia			
• Sala de emergencias	$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.
Servicios de urgencia			
• Centro de atención de urgencia	$0 de copago por visita	$25 de copago por visita	

*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
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*			
• Servicios de laboratorio	$0 de copago por servicio de laboratorio	20% de coseguro por servicio de laboratorio	
• Pruebas de diagnóstico, procedimientos	$0 de copago por servicio de diagnóstico	$0 de copago por servicio de diagnóstico	
• Radiografías	$0 de copago por radiografía	20% de coseguro por radiografía	
• 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.)	$0 de copago por servicio de radiología	20% de coseguro por servicio de radiología	
Servicios de audición*			Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. 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.
• Servicios cubiertos por Medicare	$0 de copago por servicio	$0 de copago por servicio	
Servicios de audición (de rutina)			
• Exámenes auditivos de rutina (límite de 1)	$0 de copago por examen o servicio	$0 de copago por examen	
• Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3)	$0 de copago por examen o servicio	$0 de copago por servicio	
• Audífonos Este plan ofrece una **asignación de $600** para audífonos, por oído, por año.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	

TOTAL+

*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
Servicios dentales* • Servicios cubiertos por Medicare **Servicios dentales (PPO)** **Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:** • Examen bucal (límite de 2) • Limpiezas dentales (límite de 2) • Tratamiento con flúor (límite de 1) • Radiografía de mordida (límite de 2) **Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:** • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto • Coronas dentales • Implantes • Puentes, dentaduras, extracciones Este plan proporciona una **asignación semestral de $1,200** para servicios integrales y preventivos. El beneficio máximo anual es de $2,400.	$0 de copago por servicio $0 de copago para servicios dentales integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	$0 de copago por servicio $0 de copago para servicios dentales integrales o preventivos hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	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.

TOTAL+

*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
Servicios de la visión*			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.
• Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/ tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos	$0 de copago por examen	$0 de copago por examen	
• Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas	$0 de copago por artículo	$0 de copago por artículo	
Servicios de la visión (de rutina)			
• Examen de la visión de rutina • Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) • Mejoras Este plan ofrece una **asignación anual de $350** para accesorios para la vista.	$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 hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	
Servicios de salud mental*		Los siguientes montos defi idos de Medicare corresponden al año 2025 y es posible que se modifi uen en 2026. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique.	El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.
• Hospitalización: hospital psiquiátrico	$0 por estadía por período de beneficio	• $1,676 de deducible por período de beneficio • $0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más • $419 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio	
• Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual)	$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	

*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
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	$0 de copago por estancia	Los siguientes montos defi idos de Medicare corresponden al año 2025 y es posible que se modifi uen en 2026. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. • $0 de copago, por día, para los días 1 a 20 de cada período de beneficio • $209.50 de copago por día, para los días 21 a 100 de cada período de beneficio	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia* • Terapia ocupacional, fi ioterapia y terapia del habla y el lenguaje	$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	
Ambulancia • Transporte terrestre • Transporte aéreo	$0 de coseguro por viaje (por trayecto) $0 de coseguro por viaje	20% de coseguro por viaje (por trayecto) 20% de coseguro por viaje	
Transporte Este plan ofrece **48 viajes de un solo tramo** 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.
Medicamentos de la Parte B de Medicare • Insulina • Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	$0 de copago $0 de copago	0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los $35 0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare	Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro o los $35 para la insulina.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex Este plan ofrece una **asignación trimestral combinada de $600.** El beneficio máximo anual es de $2,400. **Las actividades de acondicionamiento físico** incluyen, entre otras, las siguientes: • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios **Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** incluyen, entre otros, los siguientes: • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios **Los suplementos de hierbas** incluyen, entre otros, los siguientes: • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre **Gastos dentales, de la vista o de la audición** más allá de la asignación anual. **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.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre **Usted elige** cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre **Usted elige** cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. La asignación no se puede cambiar por dinero en efectivo. 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. Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Servicios a los miembros. 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.

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de acupuntura (de rutina) Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de **$2,000 por año**.	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan	No se requiere derivación ni autorización previa. Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. El máximo anual del plan no se transferirá al próximo año del plan.
Servicios de bienestar oriental Este plan ofrece un máximo de **24** servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	
Salud y bienestar (de rutina) • Examen físico anual	$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.
Visita de telesalud Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora. • Visita de Teladoc® (disponible las 24 horas del día).	$0 de copago por una visita médica o de salud mental de Teladoc	$0 de copago por una visita médica o de salud mental de Teladoc	Los proveedores de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea necesario.
• Visita que se ofrece a través del consultorio de su médico.	$0 de copago por visita	$0 de copago por visita	

TOTAL+

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

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: • 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 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.
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
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)* 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. • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol o a las drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardiaca 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	**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. **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 para los miembros que califiquen. **Servicio de telemonitorización** $0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. **Evaluación de seguridad en el hogar** $0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. **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. **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). **Asistencia para los cuidadores** $0 de copago por cuidados de relevo. Se limitan a 40 horas por año.	Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos. 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. Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.

TOTAL+

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Rx Cobertura de medicamentos recetados
Clever Care Total+ (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.						
Etapa 1: Deducible anual	**$615** Este deducible anual no se aplica a los medicamentos de los Niveles 1, 2, 6 o de insulina.					
Etapa 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)**[2]	
	Suministro para 30 a 100 días con Medi-Cal completo	**Suministro para 30 a 100 días**	**Suministro para 100 días con Medi-Cal completo**	**Suministro para 100 días**	**Suministro para 30 días con Medi-Cal completo**	**Suministro para 30 días**
Nivel 1: Genérico preferido	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2: Genérico	$0 de copago	10 % de coseguro	$0 de copago	10 % de coseguro	$0 de copago	10 % de coseguro
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	$0 de copago	25 % de coseguro	$0 de copago	25 % de coseguro	$0 de copago	25 % de coseguro
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	$0 de copago	25 % de coseguro	$0 de copago	25 % de coseguro	$0 de copago	25 % de coseguro
Nivel 5: Nivel de especialidad[2]	$0 de copago	25 % de coseguro	$0 de copago	25 % de coseguro	$0 de copago	25 % de coseguro
Nivel 6: Medicamentos de atención especializada[3]	$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.					
Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas 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.					

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

[3] 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).

TOTAL+

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 (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.

TOTAL+

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.

M11128-SB-TLP-ES (10/25)

Clever Care HEALTH PLAN

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+

H7607_26_CM1311_M 09152025

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 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.[1]
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

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 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.

BREATHE+

[1] 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 verifi ación de que tiene una enfermedad que califi a. 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
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	$0	$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	$0	$615	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos recetados de la Parte D.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (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
Cobertura para hospitalización*	$0 de copago por período de beneficio	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2025 y es posible que se modifi uen en 2026. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. • $1,676 de deducible por período de beneficio • $0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más • $419 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

BREATHE+

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para servicios hospitalarios ambulatorios*			
• Hospitalización ambulatoria	$0 de copago por estancia	20% de coseguro por estancia	
• Servicios de observación	$0 de copago por servicios de observación	20% de coseguro por servicios de observación	
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)*	$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	
Visitas a médicos			
• Médico de atención primaria (Primary care physician, PCP)	$0 de copago por visita	$0 de copago por visita	
• Especialista*	$0 de copago por visita de especialista	$0 de copago por visita de especialista	
Atención preventiva			
• 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	$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.
Atención de emergencia			
• Sala de emergencias	$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.
Servicios de urgencia			
• Centro de atención de urgencia	$0 de copago por visita	$25 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes*			
• Servicios de laboratorio	$0 de copago por servicio de laboratorio	20% de coseguro por servicio de laboratorio	
• Pruebas de diagnóstico, procedimientos	$0 de copago por servicio de diagnóstico	$0 de copago por servicio de diagnóstico	
• Radiografías	$0 de copago por radiografía	20% de coseguro por radiografía	
• 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.)	$0 de copago por servicio de radiología	20% de coseguro por servicio de radiología	

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

BREATHE+

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
Servicios de audición* • Servicios cubiertos por Medicare **Servicios de audición (de rutina)** • Exámenes auditivos de rutina (límite de 1) • Adaptación y evaluación de audífonos (límite de 3) • Audífonos Este plan ofrece una **asignación de $600** para audífonos, por oído, por año.	$0 de copago por servicio $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 servicio $0 de copago por examen $0 de copago por servicio $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. 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.
Servicios dentales* • Servicios cubiertos por Medicare **Servicios dentales (PPO)** **Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:** • Examen bucal (límite de 2) • Limpiezas dentales (límite de 2) • Tratamiento con flúor (límite de 1) • Radiografía de mordida (límite de 2) **Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:** • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto • Coronas dentales • Implantes • Puentes, dentaduras, extracciones Este plan proporciona una **asignación semestral de $1,200** para servicios integrales y preventivos. El beneficio máximo anual es de $2,400.	$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.

*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
Servicios de la visión*			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.
• Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/ tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos	$0 de copago por examen	$0 de copago por examen	
• Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas	$0 de copago por artículo	$0 de copago por artículo	
Servicios de la visión (de rutina)			
• Examen de la visión de rutina • Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) • Mejoras Este plan ofrece una **asignación anual de $350** para accesorios para la vista.	$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 hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan	
Servicios de salud mental*		Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2025 y es posible que se modifi uen en 2026. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique.	El límite de por vida para la atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.
• Hospitalización: hospital psiquiátrico	$0 por estadía por período de beneficio	• $1,676 de deducible por período de beneficio • $0 de copago por día para los días 1 a 60, por período de beneficio y los días 91 y más • $419 de copago por día para los días 61 a 90, por período de beneficio	
• Atención de salud mental ambulatoria (tratamiento grupal o individual)	$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	

*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
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	$0 de copago por estancia	Los siguientes montos definidos de Medicare corresponden al año 2025 y es posible que se modifi uen en 2026. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto Medicare las publique. • $0 de copago, por día, para los días 1 a 20 de cada período de beneficio • $209.50 de copago por día, para los días 21 a 100 de cada período de beneficio	No es obligatorio contar con una hospitalización previa.
Fisioterapia* • Terapia ocupacional, fi ioterapia y terapia del habla y el lenguaje	$0 de copago por visita	20% de coseguro por visita	
Ambulancia • Transporte terrestre • Transporte aéreo	$0 de coseguro por viaje (por trayecto) $0 de coseguro por viaje	20% de coseguro por viaje (por trayecto) 20% de coseguro por viaje	
Transporte Este plan ofrece **48 viajes de un solo tramo** 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.
Medicamentos de la Parte B de Medicare • Insulina • Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	$0 de copago $0 de copago	0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare, sin exceder los $35 0 % al 20% de coseguro del costo o del monto permitido por Medicare	Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20% del coseguro o los $35 para la insulina.

Beneficios de bienestar incluidos en su plan

Beneficios	Con Medi-Cal completo Usted paga	Sin Medi-Cal Usted paga	Información importante que debe saber
Kit de bienestar y educación sobre la salud 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
Asignación para salud y bienestar con tarjeta Flex Este plan ofrece una **asignación trimestral combinada de $600.** El beneficio máximo anual es de $2,400. **Las actividades de acondicionamiento físico** incluyen, entre otras, las siguientes: • Golf, tenis de mesa • Tai Chi, yoga • Membresía en gimnasios **Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** incluyen, entre otros, los siguientes: • Analgésicos • Medicamentos para el resfriado y la gripe • Suministros de primeros auxilios **Los suplementos de hierbas** incluyen, entre otros, los siguientes: • Ginseng • Nido comestible • Bálsamo de tigre **Gastos dentales, de la vista o de la audición** más allá de la asignación anual. **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.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre **Usted elige** cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan, por trimestre **Usted elige** cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®.	Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar los costos remanentes. La asignación no se puede cambiar por dinero en efectivo. 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. Los suplementos de hierbas pueden adquirirse en un proveedor de la red o llamando a Servicios a los miembros. 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.

BREATHE+

*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
Servicios de acupuntura (de rutina) Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados hasta un máximo de **$2,000 por año**. **Servicios de bienestar oriental** Este plan ofrece un máximo de **24** servicios de bienestar por año calendario. Los servicios incluyen: • Cupping/Moxa • Tui Na, Gua Sha • Med-X y reflexología	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan $0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	$0 de copago por visita, hasta alcanzar el monto máximo del plan $0 de copago por visita, hasta alcanzar el máximo de visitas permitidas	Debe acudir a un médico de nuestra red para los servicios de rutina. 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.
Salud y bienestar (de rutina) • Examen físico anual	$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.
Visita de telesalud Las visitas pueden realizarse a través de su teléfono, tableta o computadora. • 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	$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: • 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 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.
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.

BREATHE+

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)* 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. • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol o a las drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardiaca 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	**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. **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 para los miembros que califiquen. **Servicio de telemonitorización** $0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud. **Evaluación de seguridad en el hogar** $0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. **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. **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). **Asistencia para los cuidadores** $0 de copago por cuidados de relevo. Se limitan a 40 horas por año.	Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos. 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 benefi ios. Los servicios se prestarán a través de proveedores contratados por el plan.

*El servicio requiere una derivación o autorización previa.

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.						
Etapa 1: Deducible anual	**$615** Este deducible anual no se aplica a los medicamentos de los Niveles 1, 2, 6 o de insulina.					
Etapa 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)**[2]	
	Suministro para 30 a 100 días con Medi-Cal completo	**Suministro para 30 a 100 días**	**Suministro para 100 días con Medi-Cal completo**	**Suministro para 100 días**	**Suministro para 30 días con Medi-Cal completo**	**Suministro para 30 días**
Nivel 1: Genérico preferido	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro
Nivel 2: Genérico	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro
Nivel 5: Nivel de especialidad[2]	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro	$0 de copago	25% de coseguro
Nivel 6: Medicamentos de atención especializada[3]	$0 de copago		$0 de copago		$0 de copago	

BREATHE+

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.
Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas 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.

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

[3] 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 (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.

M11129-SB-BRP-ES (10/25)

Clever Care HEALTH PLAN

Medicamentos recetados

Clever Care Health Plan se esfuerza continuamente por brindarle fácil acceso a sus medicamentos. Un ejemplo es que en 2026 los MCG (monitores continuos de glucosa) ya no requerirán autorización previa. Eso significa menos papeleo para su médico y cero demora para usted. Solo necesita una receta para uno de nuestros sistemas de MCG del formulario y la farmacia puede entregárselo.

Estará cubierto sin autorización previa (necesita una receta como para los otros medicamentos):	**Set de glucómetro manual que seguirá estando cubierto:**
• Freestyle Libre 2 • Freestyle Libre 2 plus • Freestyle Libre 3 • Freestyle Libre 3 plus • Dexcom 6 • Dexcom 7	• Sistema Freestyle Lite
La cantidad será según la recomendación de uso del fabricante (algunos pacientes usan un sensor cada 14 días, algunos cada 10 días, etc.).	No necesita autorización previa, solo una receta.

La tabla es solo un ejemplo de algunos de los medicamentos utilizados con mayor frecuencia y su nivel; notará que la mayoría de los medicamentos están en el nivel 1 o 6, lo que significa tan solo $0 de gastos de bolsillo para la mayoría de los miembros. Es posible que se agreguen más medicamentos durante el año.

50 medicamentos principales

Esta no es una lista completa de lo que está cubierto.
Escanee aquí para ver nuestra lista más actualizada.

	Nombre del medicamento	Nivel
1	ATORVASTATIN CALCIUM	6
2	AMLODIPINE BESYLATE	1
3	LOSARTAN POTASSIUM	6
4	METFORMIN HCL	6
5	VASCEPA	3
6	ROSUVASTATIN CALCIUM	1
7	TAMSULOSIN HCL	1
8	OMEPRAZOLE	1
9	JARDIANCE	3
10	METOPROLOL SUCCINATE	1
11	RESTASIS	3
12	GABAPENTIN	1 o 2
13	FARXIGA	3
14	ALENDRONATE SODIUM	1
15	LEVOTHYROXINE SODIUM	2
16	LIDOCAINE PATCH 5%	2
17	LATANOPROST	1
18	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	1
19	AZELASTINE HCL	2
20	CELECOXIB	2
21	AMOXICILLIN	1
22	PANTOPRAZOLE SODIUM	1
23	MONTELUKAST SODIUM	1
24	AZITHROMYCIN	2
25	FLUTICASONE PROPIONATE	2

	Nombre del medicamento	Nivel
26	FINASTERIDE	1
27	IBUPROFEN	1
28	JANUVIA	3
29	CLOPIDOGREL	1
30	FAMOTIDINE	1
31	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE	2
32	ALBUTEROL SULFATE HFA	2
33	MELOXICAM	1
34	OLMESARTAN MEDOXOMIL	1
35	ZOLPIDEM TARTRATE	2
36	LOSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE	6
37	LISINOPRIL	6
38	DONEPEZIL HCL	1
39	SIMVASTATIN	6
40	EZETIMIBE	2
41	ALLOPURINOL	1
42	PIOGLITAZONE HCL	6
43	TRAZODONE HCL	1
44	METFORMIN HCL ER	6
45	CREON	3
46	ELIQUIS	4
47	LANTUS (INSULINA)	3
48	FENOFIBRATE	2
49	TRADJENTA	3
50	GLIPIZIDE	6

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Clever Care Health Plan - H7607

En el 2025, Clever Care Health Plan - H7607 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★☆☆
Calificación de los Servicios de Salud: ★★★☆☆
Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★½☆☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

★★★★★	EXCELENTE
★★★★☆	SUPERIOR AL PROMEDIO
★★★☆☆	PROMEDIO
★★☆☆☆	DEBAJO DEL PROMEDIO
★☆☆☆☆	DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en **es.medicare.gov/plan-compare**.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Clever Care Health Plan 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico a 833-388-8168 (número gratuito) o al 711 (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico. Miembros actuales favor de llamar 833-388-8168 (número gratuito) o al 711 (TTY).

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.

Clever Care™
HEALTH PLAN

Prima mensual del plan para las personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los gastos de sus medicamentos recetados

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, su prima mensual del plan será más baja de lo que sería en caso de no recibir Ayuda Adicional de Medicare.

Si recibe Ayuda Adicional, la prima mensual de su plan será $0 para cualquiera de los planes que se indican a continuación. (Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que tenga que pagar.)

- Clever Care Longevity (HMO)
- Clever Care Value (HMO)
- Clever Care Total+ (HMO C-SNP)
- Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

La prima de Clever Care Health Plan incluye cobertura para servicios médicos y cobertura de medicamentos con receta.

Si no recibe Ayuda Adicional, puede ver si reúne los requisitos llamando:

- Al 1-800-MEDICARE o los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana),
- A su oficina estatal de Medicaid, o
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, los usuarios de TTY pueden llamar al
- 1-800-325-0778 de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Miembro al (833) 388-8168 (usuarios de TTY pueden llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre. Las horas indicadas corresponden a la zona horaria del Pacífico.

Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP con un contrato Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

H7607_26_CM1413_C 08132025

M10903-LISS-ES (08/25)

Clever Care™
HEALTH PLAN

Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan Inc. (en lo sucesivo, Clever Care) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Clever Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lengua de signos.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al (833) 388-8168 (TTY: 711).

Si cree que Clever Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja ante:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

Correo electrónico: civilrightscoordinator@ccmapd.com
Fax: (657) 276-4721

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, por teléfono o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Clever Care
HEALTH PLAN

Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

中文： 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粵语)（TTY: 711）或咨询您的服务提供商。

台語: 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語)（TTY: 711）或與您的提供者討論。

Việt: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

한국어: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ՀԱՅԵՐԵՆ: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

РУССКИЙ: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

فارسي

توجه: اگر فارسي صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ: សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ*សេវាកម្មជំនួយភាសា
តតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយតតគិតថ្លៃផងដែរ។
ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។”

日本語: 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ਪੰਜਾਬੀ: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ไทย: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

Lus Hmoob: LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Clever Care HEALTH PLAN

Inscripción

Inscríbase en Clever Care Health Plan

Su corredor de seguros completará el formulario de Alcance de la designación

Complete la solicitud de inscripción
(deberá tener su tarjeta de identificación de Medicare)

Firme y devuelva la solicitud a Clever Care

Inscríbase en 4 sencillos pasos

Paso 1

Verifique que sea elegible para inscribirse.

Paso 2

Seleccione un Plan Medicare Advantage de Clever Care.

Para inscribirse en el plan Clever Care **Total+** (HMO C-SNP), debe certificar en el formulario de inscripción que tiene diabetes, insuficiencia cardíaca crónica (chronic heart failure, CHF) o un trastorno cardiovascular.

Para inscribirse en Clever Care **Breathe+** (HMO C-SNP), debe certificar en el formulario de inscripción que tiene asma, bronquitis crónica, enfisema o EPOC.

Paso 3

Elija a su médico de atención primaria (PCP).

Encuentre proveedores participantes en es.clevercarehealthplan.com/provider.

Escriba el nombre y el número de identificación del PCP. Lo necesitará para completar el formulario de inscripción.

Paso 4

Complete y devuelva el formulario de inscripción.

¡Se ha inscrito! ¿Y ahora qué?

Una vez que Clever Care Health Plan reciba su solicitud de inscripción, inmediatamente comenzaremos a procesar su inscripción. En el plazo de los 30 días posteriores a la inscripción, recibirá lo siguiente:

Confirmación de la carta de inscripción
Después de que Medicare apruebe su inscripción, dentro de los 10 días recibirá una confirmación de inscripción de Clever Care.

Tarjeta de identificación de miembro de Clever Care
Se le enviará su nueva tarjeta de identificación por correo dentro de los 10 días posteriores a su inscripción confirmada. También recibirá información sobre su Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y otros documentos del plan.

Bienvenida a Clever Care
Recibirá por correo una Guía para miembros con información sobre cómo aprovechar al máximo su plan de salud y una llamada de bienvenida para responder a todas sus preguntas.

Si reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" de Medicare para la cobertura de sus medicamentos, recibirá una carta de "Subsidio por bajos ingresos" (Low Income Subsidy, LIS) dentro de los 10 días de su inscripción verificada.

Clever Care HEALTH PLAN

Confirmación del Alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de ventas antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurar que se entienda lo que se analizará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Ponga sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el que desea que hable el agente.

Planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados (parte C) de Clever Care

_____ **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

_____ **Plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Entre los grupos específicos a los que se prestan servicios, se incluyen las personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Al fi mar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan. La fi ma de este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma:	**Fecha:** M M / D D / Y Y Y Y

Si usted es el representante autorizado, fi me arriba y complete abajo.

Nombre del representante:	**Su relación con el beneficiario:**

SECCIÓN DEL AGENTE: Devuelva este formulario junto con la solicitud de inscripción completa

Nombre del agente:	**Teléfono del agente:** ( ) _____ – _____
Nombre del beneficiario:	**Teléfono del beneficiario (opcional):** ( ) _____ – _____
Dirección del beneficiario:	
Indique el método de contacto: ☐ Evento de ventas ☐ Sin cita previa ☐ Llamada entrante ☐ Tarjeta de permiso para llamar	
Si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó antes de la reunión:	
Firma del agente:	**Fecha de finalización de la cita:** M M / D D / Y Y Y Y

La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.

Clever Care HEALTH PLAN

Formulario de solicitud de inscripción individual 2026

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener los dos seguros indicados a continuación:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1.º de enero).
- En el lapso de 3 meses desde la primera vez que se inscribe en Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de planes.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta Medicare roja, blanca y azul).
- Su dirección permanente y su número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que sus pagos de prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y fi mado a:

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Correo electrónico: enrollment@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4757

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Llame a Clever Care al 1-833-388-8168. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Clever Care al 1-833-388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima 2 para recibir asistencia en español; un representante se pondrá a su disposición para asistirle.

Personas que experimentan falta de hogar

- Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, una dirección de apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (p. ej., cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la estimación del tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atte: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción del Papeleo (PRA) (PRA Reports Clearance Office). Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

Sección 1	**Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)**

Elija el plan al que desea unirse:

☐	Clever Care **Longevity** (HMO)	H7607-014-000	$0 por mes
☐	Clever Care **Value** (HMO)	H7607-015-000	$0 por mes
☐	Clever Care **Total+** (HMO C-SNP)	H7607-016-000	$0 por mes
☐	Clever Care **Breathe+** (HMO C-SNP)	H7607-017-000	$0 por mes

APELLIDO:

NOMBRE:	**INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE** (opcional):

Fecha de nacimiento:	**Sexo:**
M M / D D / A A A A	☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono:

( ) –

Dirección de residencia permanente (no introducir un apartado de correo. Nota: Para las personas que experimentan falta de hogar, un apartado de correo puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite ingresar un apartado de correo):

Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

_____ – _____ – _____

Según la Revisión del Modelo de Atención, Clever Care Health Plan, Inc. ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para administrar un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) hasta 2026.

Sección 1	**Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)** *continuación*

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Clever Care? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

OPCIONAL:

¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medi-Cal (Medicaid):

Complete solo si se está inscribiendo en el plan Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

¿Ha sido diagnosticado con **diabetes** (alto nivel de azúcar en la sangre) o está tomando insulina u otros medicamentos para controlar su nivel de azúcar en la sangre?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **arritmia cardíaca** o fi rilación auricular (FA) o ha tenido problemas con latidos cardíacos rápidos e irregulares?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **enfermedad de las arterias coronarias (EAC)**, ha tenido un ataque al corazón o ha experimentado mala circulación debido al endurecimiento de las arterias o venas?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **trastorno tromboembólico venoso crónico** o ha tenido coágulos sanguíneos en las venas más de una vez?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **enfermedad vascular periférica (peripheral vascular disease, PVD)** o ha experimentado síntomas como dolor en las piernas al caminar, entumecimiento de los pies por la noche, llagas en las piernas que no cicatrizan o sensación de frío en una pierna?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **insuficiencia cardíaca crónica (chronic heart failure, CHF)** o experimenta a menudo falta de aire, fatiga o hinchazón en las piernas o los tobillos durante las actividades diarias o mientras está acostado?	☐ Sí	☐ No

Sección 1	**Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)** *continuación*

Complete solo si se está inscribiendo en el plan Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

¿Ha sido diagnosticado con **asma** o experimenta con frecuencia sibilancias, falta de aire, opresión en el pecho o tos, especialmente por la noche o después de la actividad física?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **bronquitis crónica** o tiene tos persistente con mucosidad que dura al menos tres meses en un año durante dos años consecutivos?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **enfisema** o experimenta falta de aire frecuente, especialmente durante la actividad física, junto con tos crónica o sibilancias?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**, o tiene a menudo falta de aire, tos crónica con mucosidad, o sibilancias frecuentes?	☐ Sí	☐ No

¿Está tomando medicamentos para tratar sus afecciones? ☐ Sí ☐ No

En caso afi mativo, enumere los medicamentos:

Médico que puede verificar su(s) afección(es)

Nombre:

Teléfono:	**Fax:**
( ) –	( ) –

Dirección del consultorio:

Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

Sección 1	**Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)** *continuación*

Autorización para la divulgación de información de salud
Mi fi ma autoriza al proveedor mencionado anteriormente y/o a mi médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) a divulgar mi información de salud y/o proporcionar historias clínicas a Clever Care Health Plan.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Clever Care Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, comprendo que Clever Care compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fi es permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la ley de privacidad a continuación). Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Clever Care Health Plan, deberé recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Clever Care Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Clever Care Health Plan que estén incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Clever Care Health Plan. Ni Medicare ni Clever Care pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi fi ma (o la fi ma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo su contenido. Si está fi mada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta fi ma certifica lo siguiente:
    1. esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
    2. la documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:	**Fecha de hoy:** M M / D D / A A A A

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono: ( ) –	Relación con el inscrito:

Sección 2

Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena americano/nativo de Alaska[1]
- ☐ Indio asiático[2]
- ☐ Negro o Afroamericano[3]
- ☐ Chino[4]
- ☐ Camboyano[5]
- ☐ Filipino[6]
- ☐ Guamano o chamorro[7]
- ☐ Japonés[8]
- ☐ Coreano[9]
- ☐ Nativo hawaiano[10]
- ☐ Otro asiático[11]
- ☐ Otro isleño del Pacífico[12]
- ☐ Samoano[13]
- ☐ Vietnamita[14]
- ☐ Blanco[15]
- ☐ **Elijo no responder**[16]

¿Cuál es su idioma preferido para hablar?

☐ Inglés ☐ Mandarín ☐ Cantonés ☐ Jemer ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Español
☐ Otro: _____

¿Cuál es su idioma preferido para escribir que no sea el inglés?

☐ Chino (tradicional) ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Español

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible:

☐ Braille ☐ Letras grandes ☐ CD de datos

Comuníquese con Clever Care al 1-833-388-8168 si necesita información en un formato accesible que no sean los indicados anteriormente. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No **¿Su cónyuge trabaja?** ☐ Sí ☐ No

Consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos:

Número de teléfono móvil: ( ) _____ – _____

Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes de texto automatizados y/u otros mensajes de texto de Clever Care Health Plan para atención médica, beneficios o cualquier otro propósito. Dicho consentimiento no es una condición para recibir ningún servicio y puedo cancelarlo en cualquier momento llamando a Clever Care. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones y materiales de Clever Care electrónicamente en lugar de por correo postal de los Estados Unidos. Entiendo que esto incluiría documentos como la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte C y Parte D, el Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) y otros materiales. Puedo volver a recibir el correo postal de los EE. UU. en cualquier momento llamando a Clever Care.

Indique su médico de atención primaria (PCP)

Nombre del PCP:

Grupo médico o IPA:

Número de id. de inscripción del PCP:

¿Es usted un paciente actual de este PCP? ☐ Sí ☐ No ☐ No tengo un PCP; asígneme uno.

Sección 3 | Pago de la prima del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda tener) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. NO pague a Clever Care el Part D-IRMAA.

Seleccione una opción para el pago de la prima. Si no selecciona ninguna, recibirá una factura.

- ☐ Recibir una factura.
- ☐ Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ i) Seguro Social ☐ ii) RRB

¡Gracias por elegir Clever Care Health Plan! (opcional)

Tómese un momento para contarnos cómo se enteró de Clever Care. Seleccione uno o más de los siguientes ejemplos:

- ☐ Televisión(1)
- ☐ Radio(2)
- ☐ Periódico(3)
- ☐ Redes sociales o computadora (Google, Facebook, YouTube, aplicación de juegos)(4)
- ☐ Correo(5)
- ☐ Familiar, amigo, médico o acupunturista(6)
- ☐ Su corredor de seguros(7)
- ☐ Evento(8)
- ☐ Otro:(9) _____

Solo para las personas que ayudan a un inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores de seguros, asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud [SHIP], familiares u otros terceros) que ayudan a un inscrito a completar este formulario.

Nombre:	Relación con el inscrito:
Firma:	Número de productor nacional (solo agentes/corredores de seguros):
FMO (si corresponde):	¿Tiene aplicación telefónica? ☐ Sí ☐ No
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: M M / D D / A A A A	Fecha en que se recibió la solicitud: M M / D D / A A A A

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

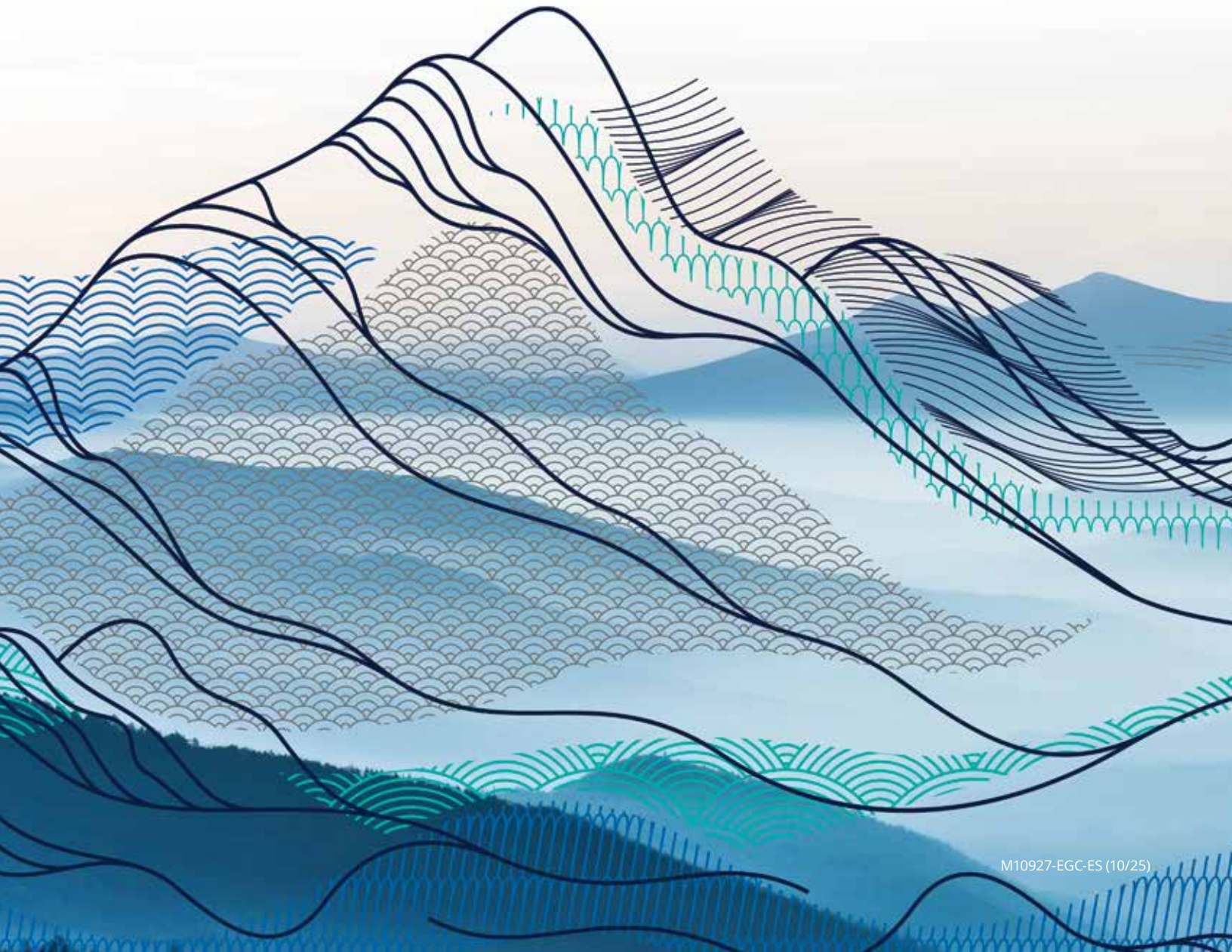
Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. El artículo 1851 de la Ley de Seguridad Social, y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.° 09-70-0588. Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción.

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. **Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla que se aplique a usted.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente se determina que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.(1)
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).(2)
- ☐ Soy nuevo en Medicare y deseo cambiar mi plan Advantage dentro de los 3 meses de tener la Parte A/B.(3)
- ☐ Tenía Medicare antes, pero ahora estoy por cumplir 65 años.(4)
- ☐ Ya tengo seguro hospitalario (Parte A) y me inscribí recientemente en el seguro médico (Parte B). Quiero unirme a un plan Medicare Advantage.(5)
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el _____ / _____ / _____.(6)
- ☐ Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el _____ / _____ / _____.(7)
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el _____ / _____ / _____.(8)
- ☐ Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el _____ / _____ / _____.(9)
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el _____ / _____ / _____.(10)
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de la Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el _____ / _____ / _____.(11)
- ☐ Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos), vivo en uno o recientemente me fui de uno. Me mudé/Me mudaré al centro o me iré del centro el _____ / _____ / _____.(12)
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE® el _____ / _____ / _____.(13)
- ☐ Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ / _____ / _____.(14)
- ☐ Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el _____ / _____ / _____.(15)
- ☐ Mi plan fi alizará su contrato con Medicare o Medicare fi alizará su contrato con mi plan.(16)
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ / _____ / _____.(17)
- ☐ Me inscribieron en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el _____ / _____ / _____.(18)
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplica a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.(19)
- ☐ Quiero inscribirme en un Plan de Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mis enfermedades crónicas.(20)

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con Clever Care llamando al **(833) 388-8168 (TTY: 711)** para saber si es elegible para inscribirse.



M10927-EGC-ES (10/25)