



Resumen de beneficios 2021

Un Plan Medicare Advantage y
medicamentos con receta

**Clever Care Balance
Medicare Advantage (HMO)**

Prestación de servicios en los condados de Los
Angeles, Orange y San Diego

**Año del plan: Del 1.º de enero de 2021
al 31 de diciembre de 2021**



El plan **Clever Care Balance Medicare Advantage HMO** incluye atención médica de Medicare (Parte C), cobertura de medicamentos con receta (Parte D) y

- suplementos de hierbas naturales;
- clases de Tai Chi;
- visitas de acupuntura ilimitadas;
- cobertura dental, de la visión y audición;
- servicios de acupuntura adicional (Cupping, Moxa, Tui Na, Gua Sha).

Un plan Clever Care Medicare Advantage le ofrece la conveniencia de tener todos los servicios que se enumeran arriba cubiertos a través de un solo plan.

Para unirse debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en uno de los condados de nuestra área de servicio: **Los Angeles, Orange o San Diego**.

Puede encontrar nuestra red de médicos, hospitales, farmacias, la lista de medicamentos y más en nuestro sitio web:



Médicos de atención primaria y otros proveedores

clevercarehealthplan.com/provider

Farmacias

clevercarehealthplan.com/pharmacy

Farmacopea (lista de medicamentos cubiertos)

clevercarehealthplan.com/formulary

Importante: Recibirá su atención de un proveedor de la red. Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los servicios.

Si necesita ayuda para comprender esta información, llámenos al **1-833-388-8168 (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.

Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.

Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "Medicare & You". Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtenga 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 2021

Plan Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)

Vigente del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

La siguiente información es un resumen de los costos médicos y de medicamentos con receta. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC). **La EOC estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre.**

Primas, deducibles y límites

Costos	Usted paga	Información importante que debe saber
Prima mensual del plan (Parte C y Parte D)	\$31.50	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos con receta de la Parte D.
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta de la Parte D).	\$7,550 anualmente	Este es el monto máximo que pagaría en el año por los servicios cubiertos.

Beneficios médicos y en hospitales

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Cobertura para pacientes hospitalizados	Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2021. Deducible de \$1,484 por período de beneficio. \$0 de copago por día para los días 1-60, por período de beneficio. \$371 de copago por día para los días 61-90, por período de beneficio.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Los copagos se basan en períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Instalación hospitalaria ambulatoria • Centro quirúrgico ambulatorio • Servicios de observación 	20% de coseguro del monto permitido por Medicare por estos servicios.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria (PCP) • Especialista 	\$0 de copago por visita. \$0 de copago por visita.	No se requiere autorización previa para su primera cita con un especialista dentro de la red. Necesitará una autorización previa para las visitas de seguimiento o los servicios futuros. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Visita de bienvenida a Medicare • Visita anual de bienestar 	\$0 de copago.	Todo servicio adicional preventivo aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	\$90 de copago por visita a una sala de emergencias. \$120 de copago por visita a una sala de emergencias fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Y \$25,000 de límite anual para atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección. Cobertura mundial.
Servicios necesitados urgentemente	\$20 de copago por visita a un centro de atención de urgencia. Y \$25,000 de límite anual para atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	El copago se exime si es admitido en el hospital en el plazo de 72 horas por la misma afección. Cobertura mundial.
Servicios de diagnóstico, análisis y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de análisis • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de diagnóstico mediante radiología (como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.) • Radiografías ambulatorias • Servicios terapéuticos de radiología (como tratamiento con radiación para el cáncer) 	Usted paga el 20% de coseguro del monto permitido por Medicare por estos servicios.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Tienen cobertura según las pautas de Medicare. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Si bien paga el 20 % por los servicios terapéuticos de radiología, nunca pagará más que su máximo total de bolsillo durante el año.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen de diagnóstico de audición Servicios de audición (no cubiertos por Medicare, de rutina) Nuestro plan ofrece cobertura adicional de audición no cubierta por Original Medicare. <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Adaptación y evaluación de audífonos 	\$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare. \$0 de copago para un examen de audición de rutina. \$0 de copago para hasta 3 adaptaciones y evaluaciones por año. \$0 de copago para audífonos hasta el monto máximo del beneficio del plan. Este plan cubre hasta \$1,500 por oído para audífonos cada año.	Usted debe acudir a un médico de nuestra red de servicios de audición. Después de los beneficios pagados del plan para exámenes de audición de rutina o audífonos, usted es responsable por el costo remanente. Los audífonos están disponibles a través de Nations Hearing y se limitan a dispositivos específicos con base en sus necesidades de audición.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Limpieza dental no cubierta por Medicare (de rutina) • Examen bucal no cubierto por Medicare (de rutina) • Tratamiento con flúor no cubierto por Medicare (de rutina) • Radiografías no cubiertas por Medicare (de rutina) <p>Otros servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza dental profunda • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto (endodoncia) • Coronas dentales (carillas) • Puentes e implantes • Dentaduras, extracciones • y otros servicios 	<p>\$0 de copago para servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para una limpieza dental, hasta dos visitas por año.</p> <p>\$0 de copago para un examen bucal, hasta dos visitas por año.</p> <p>\$0 de copago para un tratamiento con flúor por año.</p> <p>\$0 de copago para una radiografía por año.</p> <p>\$0 de copago para servicios dentales integrales hasta el monto de la asignación.</p> <p>Este plan ofrece una asignación de \$400 por trimestre que puede usarse en servicios dentales adicionales.</p>	<p>Usted debe acudir a un médico de la red Liberty Dental.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Cualquier monto que no use al final de un trimestre se trasladará al siguiente trimestre. Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos remanentes.</p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista cubierto por Medicare para el diagnóstico/tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos • Anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p>Servicios de la visión (no cubiertos por Medicare, de rutina)</p> <p>Nuestro plan ofrece cobertura adicional de la visión no cubierta por Original Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina, incluida refracción 	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>\$0 de copago para un examen de la vista de rutina cada año calendario.</p> <p>\$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación del plan.</p> <p>Este plan cubre hasta \$300 para anteojos o lentes de contacto cada dos años.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Usted debe acudir a un médico de la red EyeMed.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios de rutina, usted es responsable de los costos restantes.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental hospitalaria Visita de terapia grupal ambulatoria Visita de terapia individual ambulatoria 	<p>Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2021.</p> <p>Deducible de \$1,484 por período de beneficio.</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1–60, por período de beneficio.</p> <p>\$371 de copago por día para los días 61–90, por período de beneficio.</p> <p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare para visitas grupales/individuales.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>El límite de por vida para atención hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2021.</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1–20 de cada período de beneficio.</p> <p>\$185.50 por día para los días 21–100 de cada período de beneficio.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Servicios de terapia física</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de terapia ocupacional Servicios de terapia física, del habla y del lenguaje 	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare por estos servicios.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare.</p> <p>\$225 de copago por cada viaje fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Cobertura mundial.</p>
<p>Transporte</p>	<p>No tiene cobertura.</p>	
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia.</p> <p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Prueba y tratamiento de la COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio aprobadas por la FDA. • Visita al consultorio y servicios relacionados durante una visita que generan una orden para la prueba de COVID-19. • Atención médica y tratamiento de la COVID-19. • Transporte por enfermedad relacionada con la COVID-19. 	<p>\$0 de copago por prueba.</p> <p>\$0 de copago por visita.</p> <p>\$0 de copago por visita en persona o virtual.</p> <p>\$0 de copago por viaje.</p>	<p>Debe realizarse en un hospital ambulatorio, hospital o laboratorio independiente.</p> <p>Se aplica a visitas al consultorio del médico, atención de urgencia, sala de emergencias, unidad móvil. Incluye el tratamiento para la atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Servicios necesarios desde el punto de vista médico cuando el transporte en cualquier otro vehículo podría poner en peligro la salud del beneficiario.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p>	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Clever Care ofrece una lista de artículos OTC elegibles en los cuales puede gastar su asignación.</p>	<p>\$0 de copago hasta el monto de la asignación.</p> <p>Este plan ofrece una asignación de \$45 por trimestre para gastar en artículos OTC cubiertos.</p>	<p>Puede hacer un pedido por trimestre.</p> <p>Cualquier monto que no use al final de un trimestre se trasladará al siguiente trimestre. Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para artículos OTC, usted es responsable de los costos remanentes.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare</p>	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Medicare cubre los servicios para ayudar a corregir la subluxación de la columna.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Cuidado de los pies (podiatría)</p> <p>Cuidado de los pies (podiatría) cubierto por Medicare</p>	<p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare.</p>	<p>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>
<p>Telesalud</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p>Este servicio está cubierto si se ofrece a través del consultorio de su médico.</p>

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Prótesis (p. ej., ortodoncia, miembros artificiales) 	20% de coseguro del monto permitido por Medicare.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.
Servicios de diálisis	20% de coseguro del monto permitido por Medicare.	Es posible que los servicios requieran autorización previa.
Cuidado de la salud en el hogar	\$0 de copago.	Es posible que los servicios requieran autorización previa. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios adicionales incluidos en su plan:

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
Salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> CleverFit™ (clases de Tai Chi) 	\$0 de copago para clases con instructores o centros contratados, y clases virtuales. Hay videos disponibles para descarga.	El examen físico anual generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.
Salud y bienestar (no cubierto por Medicare, de rutina) Nuestro plan ofrece cobertura adicional de salud y bienestar no cubierta por Original Medicare. <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual (realizado por su PCP) 	\$0 de copago.	
Asignación para suplementos de hierbas <ul style="list-style-type: none"> Suplementos de hierbas para el tratamiento de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad, además de muchos otros 	\$0 de copago, hasta el monto de la asignación, cuando los compra en el consultorio de un acupunturista dentro de la red o por teléfono a Clever Care. Este plan ofrece una asignación de \$50 por trimestre para gastar en los suplementos de hierbas que figuran en la Lista de Clever Care.	Cualquier monto que no use al final de un trimestre se trasladará al siguiente trimestre. Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.

Beneficios	Usted paga	Información importante que debe saber
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Este plan cubre visitas ilimitadas de acupuntura dentro de la red por año calendario.</p> <p>Servicios de bienestar orientales</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupping/Moxa • Med-X (medicina deportiva, máquinas marrones) • Tui Na • Gua Sha/IASTM • Reflexología • Terapia infrarroja, si se usa como servicio complementario, no se tiene en cuenta en el límite de 12 visitas 	<p>\$0 de copago por visita.</p> <p>\$0 de copago por visita hasta el máximo de visitas y duración permitidos.</p> <p>Este plan ofrece un máximo de 12 servicios de bienestar por año calendario.</p>	<p>Usted debe acudir a un médico de nuestra red de acupuntura.</p> <p>Cada visita de bienestar no puede durar más de 30 minutos.</p> <p>Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo.</p>

Rx Cobertura de medicamentos con receta

Vigente del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

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 90 días. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC), usted paga el mismo monto que pagaría en una farmacia minorista estándar para un suministro de 31 días de medicamentos.

Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y lo que usted paga.				
Etapa 1: Deducible anual	Usted paga \$435 por año por los medicamentos con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.			
Etapa 2: Cobertura inicial	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido estándar (pedido por correo)	Costo compartido minorista (fuera de la red)*
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	0% de coseguro	0% de coseguro	0% de coseguro	0% de coseguro
Nivel 2: Medicamentos genéricos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5: Medicamentos especiales	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6: Medicamentos de atención exclusiva	\$10 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago

* El suministro de medicamentos a largo plazo de 90 días no está disponible en las farmacias minoristas que no participan en la red de Clever Care.

Etapa 3: Período sin cobertura Comienza cuando el costo de medicamentos anual total (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$4,130.	Durante esta etapa usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago para un suministro de 30 días de medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1. 25% del precio para el resto de los medicamentos genéricos, de marca y especiales (más una parte de la tarifa de suministro). Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida para un suministro de 31 días.
Etapa 4: Cobertura catastrófica Comienza cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$6,550 del año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.	Después de que los costos anuales de su bolsillo de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en una farmacia minorista o pedido por correo) alcanzan \$6,550, paga lo que sea mayor de: <ul style="list-style-type: none"> 5% del costo, o bien \$3.70 de copago para un medicamento genérico (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago para el resto de los medicamentos.

Cómo elegir una farmacia

Podría pagar más por sus medicamentos con receta si elige una farmacia que no participa en nuestra red. Visite nuestro sitio web (clevercarehealthplan.com/pharmacy) para ubicar la farmacia dentro de la red más cercana. Si toma medicamentos diariamente para tratar una afección crónica, debería considerar inscribirse en el servicio de pedido por correo de recetas de Clever Care.

Servicio de pedido por correo de recetas

MedImpact Direct Mail es nuestra farmacia de servicio por correo dentro de la red donde puede obtener un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento (medicamentos que toma todos los días) a un menor costo. Se entregarán en su hogar sin costo por el envío o la entrega.



Lista de verificación de la preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame y hable con un representante de Servicio al Cliente al 1-833-388-8168 (TTY: 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m., los días hábiles. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.

Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial los servicios por los que visita habitualmente al médico. Visite clevercarehealthplan.com o llame al Servicio al Cliente al 1-833-388-8168 (TTY:711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta están en la red. Si no están listados, significa que probablemente deberá seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está listada, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.

Comprensión de las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están listados en el directorio de proveedores).

Clever Care of Golden State, Inc. es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Clever Care of Golden State depende de la renovación del contrato.

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) posee una red de médicos, hospitales y otros proveedores.

Protegemos su privacidad. Consulte la Evidencia de Cobertura o vea nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad en clevercarehealthplan.com/privacy para obtener más información.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711). **ATENCIÓN:** Si habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711). **注意：**如果您說中文、您可獲得免費語言協助服務。請致電 1-833-388-8168 (聽障專線：711)。

Clever Care of Golden State complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, disability, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation. Clever Care of Golden State cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. Clever Care of Golden State. 遵循適用之聯邦民權法律，不因種族、膚色、國籍、性別、年齡、殘疾、血統、宗教、婚姻狀況、性別認同或性傾向而歧視任何人。