

Clover

New Jersey

Clover Health Value HMO

Plan 003



Su Aviso Anual de Cambios:

Todos los detalles de su

Plan New Jersey Clover Health Value HMO de 2020



Clover Health Value (HMO) ofrecido por Clover Health

Aviso Anual de Cambios para 2020

Actualmente está inscrito como miembro de Clover Health Value (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto indica cuáles son los cambios.*

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre tiene tiempo para realizar cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan estos cambios los servicios que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están comprendidos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Posee alguno de sus medicamentos nuevas restricciones? Por ejemplo, ¿necesitan nuestra aprobación antes de que usted pueda obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado respecto del año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle dinero en costos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado incrementando sus precios y también muestran otra información anual sobre los precios de los medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Compruebe si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.

- Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, ¿forman parte de nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores de los cuales usted recibe servicios?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

Piense en los costos de atención médica en general.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
- ¿De qué modo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista que figura al dorso de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si desea **conservar** el plan Clover Health Value (HMO), no es necesario que haga nada. Usted permanecerá en el plan Clover Health Value (HMO).

- Si desea cambiar a **otro plan distinto** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en el plan Clover Health Value (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-657-1207. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
- Este documento puede estar disponible en letra grande. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de Protección al Paciente y de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Clover Health Value (HMO)

- Clover Health es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se hace referencia a Clover Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Clover Health Value (HMO).

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para Clover Health Value (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web, <https://www.cloverhealth.com>, hay disponible una copia de la *Evidencia de Cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se envía por separado para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitar que le envíen una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulta la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$37.20	\$35.50
Monto máximo de bolsillo Es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	\$6,400	\$6,700
Consultas al médico	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita. Visitas al especialista: Copago de \$5 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita. Visitas al especialista: Copago de \$5 por visita.
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados	Copago de \$170 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por día para los días 7 a 365.	Copago de \$150 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por día para los días 7 a 365.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>empieza el día en que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>		
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$415 (se aplica a los Niveles 2, 3, 4 y 5)</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$12/Copago de \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Coseguro del 25 %/Coseguro del 22 % • Medicamentos de Nivel 3: Coseguro del 25 %/Coseguro del 22 % • Medicamentos de Nivel 4: Coseguro del 25 %/Coseguro del 25 % • Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 25 %/Coseguro del 25 % 	<p>Deducible: \$435 (se aplica a los Niveles 2, 3, 4 y 5)</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$12/Copago de \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Coseguro del 25 %/Coseguro del 22 % • Medicamentos de Nivel 3: Coseguro del 25 %/Coseguro del 22 % • Medicamentos de Nivel 4: Coseguro del 25 %/Coseguro del 25 % • Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 25 %/Coseguro del 25 %

Aviso Anual de Cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 - Cambios en sus monto máximo de bolsillo	4
Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 - Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	6
Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 2.1 – Si desea conservar Clover Health Value (HMO).....	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Clover Health Value (HMO).....	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare).	\$37.20	\$35.50

- Su prima mensual del plan será más costosa en caso de que tenga la obligación de pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida si no tiene otra cobertura para medicamentos que sea, como mínimo, tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene mayores ingresos, es posible que deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Sección 1.2 - Cambios en sus monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de dinero que usted deba “pagar de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximos de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo de bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para los gastos máximos de bolsillo.	\$6,400	\$6,700
		Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/find-provider, hay disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores de 2020 para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podríamos realizar cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Hay muchas razones por las cuales su proveedor podría retirarse de su plan, pero si su médico o especialista efectivamente se retira de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle con, al menos, 30 días de anticipación un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga para sus medicamentos con receta podrían depender de qué farmacia utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.cloverhealth.com/en/members/find-provider, hay disponible un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias de 2020 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 - Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Modificaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$100 por este beneficio.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$115 por este beneficio.
Examen físico anual	Dentro de la red Este beneficio no está cubierto	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por este beneficio. Límite de 1 por año calendario.
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Dentro de la red Usted paga un copago de hasta \$30 por este beneficio en un consultorio o centro de diagnóstico por imágenes.	Dentro de la red Usted paga un copago de hasta \$40 por este beneficio en un consultorio o centro de diagnóstico por imágenes.
Internaciones en un hospital	Dentro de la red Usted paga un copago de \$170 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 para los días 7 a 365.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$150 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 para los días 7 a 365.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Internaciones por salud mental	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$170 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 para los días 7 a 190.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$150 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 para los días 7 a 190.</p>
Servicios del Programa de tratamiento con opioides	<p>Dentro de la red</p> <p>Este beneficio no está cubierto.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$5 por este beneficio.</p>
Otras pruebas radiológicas de diagnóstico (p. ej., MRI, CT, PET)	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de hasta \$30 por este beneficio en un consultorio o centro de diagnóstico por imágenes.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de hasta \$40 por este beneficio en un consultorio o centro de diagnóstico por imágenes.</p>
Servicios quirúrgicos en hospital para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$175 por este beneficio.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$190 por este beneficio.</p>
Artículos de venta libre	<p>Este beneficio no está cubierto</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por artículos de venta libre (OTC) seleccionados. El plan cubre hasta \$100 cada 3 meses para artículos OTC seleccionados. Limitado a un (1) pedido cada tres meses. Cualquier monto de cobertura de beneficios no utilizado no se acumulará. Administrado por OTC Health Solutions. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener más detalles.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Tecnologías de acceso remoto	Este beneficio no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0 por este beneficio a través de Teladoc.
Estadías en centros de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 para los días 1 a 20 y un copago de \$172 por día para los días 21 a 100.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 para los días 1 a 20 y un copago de \$178 por día para los días 21 a 100.
Consultas de Telesalud	Dentro de la red Este beneficio no está cubierto.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por este beneficio cuando lo atiende un PCP y un copago de \$5 cuando lo atiende un especialista.

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o “Lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (u otra persona que emite la receta) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja*

[*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*] o llame a Servicios para los Miembros.

- **Hablar con su médico (u otra persona que emite la receta) para encontrar un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar a Servicios para los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Las excepciones actuales al formulario no están cubiertas para el próximo año. Para continuar accediendo a estas excepciones de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- Hablar con su médico (u otra persona que emite la receta) y solicitar al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento. Recomendamos a los miembros actuales que soliciten una excepción antes del próximo año. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]) o llame a Servicios para los Miembros.
- Colabore con su médico (u otra persona que emite la receta) para encontrar un medicamento diferente que esté cubierto. Puede llamar a Servicios para los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplican al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos según las normas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted todavía puede hablar con su médico (u otra persona que emite la receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 en el Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), es **posible que la información sobre los costos para los medicamentos con**

receta de la Parte D no se aplique a usted. Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto al 30 de septiembre, llame a Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números telefónicos de Servicios para los Miembros aparecen en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que pague por un medicamento de la Parte D dependerá de en qué etapa de pago de medicamentos usted se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el siguiente año con respecto a las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: Etapa sin cobertura o Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*, disponible en nuestro sitio web <https://www.cloverhealth.com>. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se envía por separado para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitar que le envíen una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Deducible: \$415 (se aplica a los Niveles 2, 3, 4 y 5)</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$12 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 en las farmacias estándar, un costo compartido de \$0 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 en las farmacias preferidas y el costo total de los medicamentos genéricos del Nivel 2, de marca preferida del Nivel 3, medicamentos no preferidos</p>	<p>Deducible: \$435 (se aplica a los Niveles 2, 3, 4 y 5)</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$12 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 en las farmacias estándar, un costo compartido de \$0 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 en las farmacias preferidas y el costo total de los medicamentos genéricos del Nivel 2, de marca preferida</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	del Nivel 4 y especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	del Nivel 3, medicamentos no preferidos del Nivel 4 y especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, lea la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 22 % del costo total</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): <i>Costo compartido estándar:</i></p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 22 % del costo total</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): <i>Costo compartido estándar:</i></p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
(30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.	Usted paga el 25 % del costo total	Usted paga el 25 % del costo total
Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o del servicio de pedido por correo de medicamentos con receta, revise la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> .	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 22 % del costo total	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 22 % del costo total
Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de su Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos se incluirán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	<p>Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p>	<p>Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p>
	<p>Medicamentos especializados (Nivel 5):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p>	<p>Medicamentos especializados (Nivel 5):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total</p>
	<p>Una vez que el costo total por sus medicamentos haya alcanzado los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que el costo total por sus medicamentos haya alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que incurren en altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea conservar Clover Health Value (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe a un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar cambios para el 2020, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se unirá a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2020*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí, podrá encontrar información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Recuerde que Clover Health ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en montos de cobertura, primas mensuales y costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health Value (HMO).
- Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health Value (HMO).
- Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta, tiene las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O BIEN*, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Puedo realizar un cambio en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o dejarán la cobertura de su empleador y aquellas que se muden del área de servicio, podrían hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2020 y no le gusta su plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En New Jersey, al SHIP se lo denomina New Jersey SHIP.

New Jersey SHIP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de New Jersey SHIP pueden ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga con respecto a Medicare. También pueden ayudarle a comprender las opciones de sus planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a New Jersey SHIP al 1-800-792-8820 (solo dentro del estado) o al 1-877-222-3737 (fuera del estado). Obtenga más información sobre New Jersey SHIP en su sitio web (www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, se incluye una lista de los distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos con receta. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New Jersey cuenta con un programa denominado Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled, PAAD) y el Programa de Descuento en Medicamentos con Receta Senior Gold, que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para tener más información sobre el programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (la Sección 4 de este folleto contiene el nombre y los números de teléfono de esta organización).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug

Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que reúnen los requisitos para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado o subasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Distribution Program, ADDP) de New Jersey. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-877-613-4533.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Clover Health Value (HMO)

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los Miembros al 1-888-657-1207. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora local). Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2020* (aquí se describen en detalle los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2020* para Clover Health Value (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe cumplir para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web, <https://www.cloverhealth.com>, hay disponible una copia de la *Evidencia de Cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se envía por separado para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitar que le envíen una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en <https://www.cloverhealth.com>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare


Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el

Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2020*

Puede leer el manual *Medicare & You (Medicare & Usted) 2020*. Todos los años, en otoño, este manual se envía a todas las personas que tienen cobertura de Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Clover está a su disposición.

 **¿Tiene alguna pregunta? 1-888-657-1207 (TTY 711),**
de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana*

*Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.