

# **Clover**

## **Plan Clover Health**

### **Choice Premier PPO 032**

#### **de New Jersey**



**Su Aviso Anual de Cambios:**

**Todos los detalles de su Plan**

**Clover Health Choice Premier PPO de New Jersey para 2019**

# Clover

## ***Clover Health Choice Premier (PPO) ofrecido por Clover Health***

### **Aviso anual de cambios para 2019**

Actualmente está inscrito como miembro de Clover Health NJ Purple (PPO). 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 su caso**

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
  - Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que cubra sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que utiliza?
  - Consulte la Sección 2 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta que se describen en el folleto para saber si le afectan a usted.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos tienen un nivel diferente y un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos posee 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 2019 y consulte la Sección 2.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de costo más bajo 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 forman parte de nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores de los cuales usted recibe servicios?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores*.

Piense en los costos de atención médica en general.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y los medicamentos con receta que usa 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 de 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 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

Una vez que elija el plan que prefiera, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

Si desea **mantener** Clover Health NJ Purple (PPO), no necesita hacer nada. Usted seguirá teniendo Clover Health NJ Purple (PPO).

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

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan nuevo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, usted seguirá teniendo Clover Health NJ Purple (PPO).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

**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.) Atendemos 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 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 esencial mínima (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

**Acerca de Clover Health Choice Premier (PPO)**

- Clover Health es un plan de Organización de proveedores preferidos (PPO) 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 se habla de “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Clover Health Choice Premier (PPO).
-

## Resumen de costos importantes para 2019

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2018 y 2019 para Clover Health Choice Premier (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura*, disponible en forma electrónica, para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$47.80	\$75.70
<b>Montos máximos que usted paga de su bolsillo</b> Este 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).	De proveedores de la red: \$6,700  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$6,700	De proveedores de la red: \$3,400  De proveedores de la red y proveedores fuera de la red combinados: \$3,400
<b>Consultas al médico</b>	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red.  Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta  Consultas con un especialista: Copago de \$25 por consulta	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red.  Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta  Consultas con un especialista: Copago de \$15 por consulta

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b>                      Incluye atención aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red.                      Copago de \$290 por día para los días 1 a 6 y copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización cubierta por Medicare.</p>	<p>Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red.                      Copago de \$275 por día para los días 1 a 6 y copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>                      (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$150 (que se aplica a los Niveles 3, 4 y 5)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1:                              Copago de \$5/                              Copago de \$0</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2:                              Copago de \$15/                              Copago de \$10</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3:                              Copago de \$45/                              Copago de \$35</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4:                              Copago de \$95/                              Copago de \$85</li> </ul>	<p>Deducible de \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1:                              Copago de \$5/                              Copago de \$0</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2:                              Copago de \$13/                              Copago de \$8</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3:                              Copago de \$47/                              Copago de \$37</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4:                              Copago de \$95/                              Copago de \$85</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2018 (este año)</b>	<b>2019 (próximo año)</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 30 % para Preferido y Estándar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 33 % para Preferido y Estándar</li></ul>

## **Aviso anual de cambios para 2019**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2019 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del plan .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....</b>	<b>5</b>
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 2.2 Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo.....	5
Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 2.4 Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 2.5 Cambios en los beneficios y los costos para los servicios médicos .....	8
Sección 2.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....	16
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>22</b>
Sección 3.1 Si desea seguir con Clover Health Choice Premier (PPO) .....	22
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan.....	22
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los planes.....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta.....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>25</b>
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Clover Health Choice Premier (PPO) .....	25
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26



## SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del plan

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de Clover Health NJ Purple (PPO) a Clover Health Choice Premier (PPO).

Usted recibirá una nueva tarjeta de membrecía para 2019, que se la enviaremos por correo postal a su hogar. La tarjeta de identificación indicará el nuevo nombre del plan: Clover Health Choice Premier (PPO). Tenga su tarjeta de membrecía a mano cuando llame para programar una cita o se dirija a un centro médico para recibir atención.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### Sección 2.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$47.80	\$75.70

- Su prima mensual del plan será más costosa en caso de que tenga la obligación de pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura que sea, como mínimo, tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante un periodo de 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 2.2 Cambios en los montos máximos que paga de su 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 el “monto máximo que paga de su 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	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</b></p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores dentro de la red por el resto del año calendario.</p>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</b></p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. La prima de su plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores fuera de la red por el resto del año calendario.</p>

## Sección 2.3 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](http://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 2019* 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. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque puede que haya cambios en nuestra red de proveedores durante el año, Medicare exige que nosotros le proporcionemos a usted 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.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- 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 2.4 Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos con receta podrían depender de qué farmacia use. 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 que ofrecen costo compartido preferido, lo cual podría ofrecerle un costo compartido inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [www.cloverhealth.com/en/members/find-provider](http://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider). 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 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

## Sección 2.5 Cambios en los beneficios y los costos para 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 (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>Usted paga un copago de \$250 por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada servicio de rehabilitación cardíaca e intensiva cardíaca cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación cardíaca e intensiva cardíaca cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Servicios de quiropráctica</b>	Usted paga un copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada consulta cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p>Usted debe ver a un proveedor de DentaQuest para usar este beneficio.</p>	<p><b>Servicios odontológicos preventivos:</b></p> <p>El plan cubre hasta \$20 por 1 radiografía cada año.</p> <p>Los tratamientos con flúor <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p><b>Servicios odontológicos preventivos:</b></p> <p>El plan cubre hasta \$40 por 1 radiografía cada año.</p> <p>El plan cubre hasta \$25 por cada tratamiento de flúor, hasta 2 por año.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	El plan cubre hasta \$140 para servicios odontológicos preventivos fuera de la red.	El plan cubre hasta \$210 por año para servicios odontológico preventivos fuera de la red.
	<b>Servicios odontológicos integrales:</b>	<b>Servicios odontológicos integrales:</b>
	Los servicios odontológicos integrales no rutinarios <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$20 por servicios odontológicos integrales no rutinarios dentro y fuera de la red.
	Los servicios odontológicos integrales de diagnóstico <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$20 por servicios odontológicos integrales de diagnóstico dentro y fuera de la red.
	Los servicios odontológicos integrales de restauración <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$20 por servicios odontológicos integrales de restauración dentro y fuera de la red.
	La endodoncia <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$20 por cada endodoncia dentro y fuera de la red.
	La periodoncia <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$20 por cada periodoncia dentro y fuera de la red.
	Las extracciones <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$20 por cada extracción dentro y fuera de la red.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	La prostodoncia, otras cirugías orales y maxilofaciales y otros servicios <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$20 por prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentro y fuera de la red.  El plan cubre hasta \$1,000 cada año por servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red después de que usted pague un copago de *\$20 por cada servicio.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$75 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$120 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.
<b>Servicios auditivos</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga un copago de \$290 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización dentro y fuera de la red.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga un copago de \$260 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización.  Copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización.	Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización.  Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 para cada hospitalización.  Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare <u>no</u> están sujetos a una terapia escalonada.	Antes de comenzar una terapia con medicamentos para tratar una condición médica mediante medicamentos específicos, verificaremos que los medicamentos sean de primera línea en términos de seguridad y rentabilidad, antes de pasar a otros que podrían tener más efectos secundarios o riesgos, o ser más costosos.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b>	<p>El copago de la mamografía diagnóstica <u>no</u> se exime si se realiza una mamografía de detección el mismo día.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio, dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada consulta de pruebas de alergia y tratamiento dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada servicio de diagnóstico de masa ósea cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.</p>	<p>El copago de la mamografía diagnóstica se exime si se realiza una mamografía de detección el mismo día.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio, dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de pruebas de alergia y tratamiento dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico de masa ósea cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.</p>
<b>Atención de salud mental para pacientes externos</b>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.</p>



Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Cirugía ambulatoria, incluso servicios brindados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</b>	Usted paga un copago de \$225 por cada servicio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga un copago de \$200 por cada servicio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red en un centro quirúrgico ambulatorio.
	Usted paga un copago de \$325 por cada servicio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red en un centro ambulatorio.	Usted paga un copago de \$200 por cada servicio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red en un centro ambulatorio.
	Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección, se aplicará el costo compartido de cirugía ambulatoria.	Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección, no se aplicará el copago de cirugía.
	Usted paga un copago de \$90 por cada servicio de observación dentro y fuera de la red.	Dentro y fuera de la red, usted paga un copago de \$120 por cada servicio de observación cubierto por Medicare o un copago de

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		\$200 por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduzca a una cirugía ambulatoria.
<b>Servicios de hospitalización parcial</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada servicio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b>	Usted paga un copago de \$10 por cada consulta a un proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta a un proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Servicios de podiatría</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare dentro y fuera de la red.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 de cada hospitalización.</p> <p>Copago de \$160 por día para los días 21 a 100 de cada hospitalización.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por día para los días 1 a 20 de cada hospitalización.</p> <p>Copago de \$172 por día para los días 21 a 100 de cada hospitalización.</p>
<p><b>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</b></p>	<p>La Terapia de ejercicio supervisado (SET) para la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada sesión de SET para la PAD cubierto por Medicare dentro y fuera de la red.</p>
<p><b>Atención de la visión</b> Usted debe ver a un proveedor de EyeQuest para usar los beneficios de rutina.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 para un examen de la visión de rutina por año, dentro o fuera de la red.</p> <p>El plan cubre hasta \$50 para un examen de la visión de rutina dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por un par de lentes de contacto o anteojos de rutina por año dentro y fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan pagará hasta \$100 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina luego de que usted pague un copago de \$20.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para un examen de la visión de rutina por año, dentro o fuera de la red.</p> <p>El plan cubre hasta \$55 para un examen de la visión de rutina por año dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un par de lentes de contacto o anteojos de rutina por año dentro y fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan pagará hasta \$100 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red.</p>

---

## Sección 2.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

---

<b>Cambios en nuestra lista de medicamentos</b>
---

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

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso a los medicamentos que cubrimos y a 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 para 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 condición médica.

En algunos casos, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. Para 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (LTC) ahora recibirán un suministro temporal que es igual al suministro temporal en días provisto en todos los demás casos: suministro de 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad provista en 2018 (suministro de 98 días de medicamentos). (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.

- 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 condición 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 son permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podremos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel o en un nivel inferior de costo compartido y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo genérico (o si cambia el nivel o las restricciones del medicamento de marca), ya no siempre recibirá aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos, ni obtendrá un reabastecimiento de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede que esta llegue después de que se haga el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de hacer otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que requieran que le avisemos con anticipación si está tomando un medicamento, le avisaremos con 30 días de anticipación, en lugar de 60 días, antes de que hagamos el cambio. O le daremos un reabastecimiento de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

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 hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de la cobertura).

## Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*Nota:* Si usted participa en un programa que le 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.** Le hemos enviado un inserto separado que se denomina “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en la que se le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto antes del 30 de septiembre, póngase en contacto con Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

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 describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura y 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 la *Evidencia de cobertura*, disponible en forma electrónica).

**Cambios en la Etapa del deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2018 (este año)</b>	<b>2019 (próximo año)</b>
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	<p>Su deducible es de \$150.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$5 y \$15 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y genéricos de Nivel 2 en farmacias estándar, \$0 y \$10 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y genéricos de Nivel 2 en farmacias preferidas, y el costo total de medicamentos de marca preferida de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y medicamentos de especialidad de Nivel 5 hasta que usted haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.</p>

**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	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p>	<p>El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$5 por medicamento con receta.</p>	<p>El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$5 por medicamento con receta.</p>
<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>
<p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p>	<p><b>Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p>	<p><b>Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$13 por medicamento con receta.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$8 por medicamento con receta.</p>



Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>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>.</p>	<p><b>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$45 por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$35 por medicamento con receta.</p>	<p><b>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$37 por medicamento con receta.</p>
<p>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>	<p><b>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$85 por medicamento con receta.</p>	<p><b>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$85 por medicamento con receta.</p>
	<p><b>Medicamentos de especialidad (Nivel 5):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30 % del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 30 % del costo total.</p>	<p><b>Medicamentos de especialidad (Nivel 5):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen la cantidad de \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen la cantidad de \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del 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 llega a la Etapa de período sin cobertura ni a 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 la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 Si desea seguir con Clover Health Choice Premier (PPO)

**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 2019.

### Sección 3.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar cambios para el 2019, siga los siguientes pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a 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.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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.**

Como recordatorio, 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, inscribese en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health Choice Premier (PPO).

- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health Choice Premier (PPO).
- 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, póngase en contacto con Servicios para los Miembros (en la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
  - *O BIEN*, ponerse en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los planes

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 vigor el 1 de enero de 2019.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento 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, tienen permitido 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*.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare), o cambiarse al Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva 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 atender las preguntas o los problemas que tenga con respecto a Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de sus planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar los planes. Usted puede llamar a New Jersey SHIP al 1-800-792-8820 (solo en el estado) o 1-877-222-3737 (fuera del estado). Puede obtener más información sobre New Jersey SHIP en su sitio web ([www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html](http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html)).

## **SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar 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, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. 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, las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - 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 estatal de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva Jersey cuenta con un programa denominado Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (PAAD) para el Programa de Descuento de Recetas Senior Gold de Nueva Jersey que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este folleto).

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que reúnen los requisitos para el ADAP por padecer VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que residen en el estado y su estado del VIH; prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado y prueba de que no están asegurados o qué están infrasegurados. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Nueva Jersey (ADDP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-877-613-4533.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Clover Health Choice Premier (PPO)

¿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 feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2019* (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 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* para Clover Health Choice Premier (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura* en forma electrónica.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## **Sección 7.2 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 en (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para ayudarlo 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 2019* (Medicare y Usted 2019)**

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). En otoño de todos los años, 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) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Clover está aquí para ayudarle.

 **¿Tiene alguna pregunta? 1-888-657-1207 (TTY 711),**  
de 8am a 8pm, 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) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Si desea obtener más información, llame al 1-888-657-1207 (TTY 711).

Tenga en cuenta que los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de Clover, excepto en situaciones de emergencia. Llame a Servicios para los miembros o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Clover Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 1-888-657-1207 (TTY 711). Clover Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-657-1207 (TTY 711).

Clover Health 遵守適用的聯邦民權法律規定,不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。  
小貼士:如果您說普通話,歡迎使用免費語言協助服務。請撥 1-888-657-1207 (TTY 711)。

Y0129\_8MX030A4\_SP\_M