

# **Clover** **Arizona**

## **Resumen de Beneficios de 2020**



**Clover Health Choice (PPO-040)**  
Disponibile en el condado de Pima

## **Resumen de Beneficios de 2020**

### **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta de la Parte D**

#### **Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)**

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre beneficios que se incluye es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco menciona cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

### Secciones de este folleto

- Qué debe saber sobre **Clover Health Choice (PPO)**.
- Prima mensual, deducible y límites sobre lo que paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta

Este documento puede estar disponible en otro idioma diferente del español. Para obtener información adicional, llámenos al 1-888-657-1207 (TTY: 711).

### Qué debe saber sobre Clover Health Choice (PPO)

#### Horario de atención e información de contacto

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos disponibles 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, atendemos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora local); se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
- Si usted es miembro de este plan, llámenos al 1-888-657-1207, TTY: 711.
- Si usted no es miembro de este plan, llámenos al 1-888-466-5044, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: [www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com).

#### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Clover Health Choice (PPO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Arizona: Pima.

#### ¿Qué cubrimos?

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D. Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original... y *más*. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, incluidos medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web, [www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com).
- O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente "Medicare & You" (Medicare y Usted). Revíselo por Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

### ¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Deberá consultar el formulario para conocer el nivel en el que se encuentra su medicamento y así determinar su costo. El monto que paga depende del nivel del medicamento y qué etapa del beneficio ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas del beneficio que existen: Etapa de deducible, cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas.

Si tiene alguna pregunta con respecto a los costos o los beneficios de este plan, comuníquese con  
Clover Health

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

**PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE LO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS**

<b>Prima mensual del plan</b>	No es necesario que pague una prima mensual por separado para Clover Health Choice (PPO). Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Deducible médico: No corresponde. Deducible para medicamentos con receta: No corresponde.
<b>Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b>	Los límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• \$3,400 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li><li>• \$3,400 por servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.</li></ul> Si alcanza el límite en los costos que paga de su bolsillo, continúa recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año. El monto que paga por algunos servicios no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Evidencia de Cobertura (EOC). Recuerde que aún deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D.

**BENEFICIOS CUBIERTOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN**

Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con negrita en la siguiente Tabla de Beneficios.

<b>Hospitalización</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1 a 6: Copago de \$200 por día. Días 7 a 365: Copago de \$0 por día. <b><u>Fuera de la red:</u></b> Coseguro del 25 % por estadía.
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Cirugía ambulatoria: Copago de \$150. <b>No se aplicará un copago por cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</b> <b><u>Fuera de la red:</u></b> Cirugía ambulatoria: Coseguro del 35 %.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0. Consultas con un especialista: Copago de \$15.

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

## Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta con un médico de atención primaria: Coseguro del 35 %.</p> <p>Consultas con un especialista: Coseguro del 35 %.</p>
Atención preventiva <i>(por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de la diabetes)</i>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 35 % para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
Atención de emergencia	<p><b><u>Dentro y fuera de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$120 por visita.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>
Servicios de urgencia	<p><b><u>Dentro y fuera de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$25 por visita.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>
Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Imágenes	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$50</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$50</p> <p>Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - centro ambulatorio: copago de \$150</p> <p>Servicios de radiografías: copago de \$30</p> <p>Radiología terapéutica (radiación): Coseguro del 20 %</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio, centro de diagnóstico por imágenes o centro ambulatorio: Coseguro del 35 %</p> <p>Análisis de laboratorio: Coseguro del 35 %</p>

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

## Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p>Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio, centro de diagnóstico por imágenes o centro ambulatorio: Coseguro del 35 %</p> <p>Radiografías: Coseguro del 35 %</p> <p>Radiología terapéutica (radiación): Coseguro del 35 %</p>
Servicios auditivos	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen de la audición de diagnóstico cubierto por Medicare: copago de \$15</p> <p>Examen de la audición de rutina (1 por año calendario): copago de \$0</p> <p>Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído por año): Copago de \$699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing Copago de \$999 para audífonos Premium a través de un proveedor de TruHearing</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Examen de la audición de diagnóstico cubierto por Medicare: Coseguro del 35 %</p> <p>Examen de la audición de rutina (1 por año calendario): Coseguro del 35 %</p> <p>Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído por año): Copago de \$999 por audífono</p>
Servicios dentales	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Cubierto por Medicare: Copago de \$0 durante una hospitalización de gravedad si son médicamente necesarios. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen oral (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li><li>• Limpieza (2 por año calendario): Copago de \$0.</li><li>• Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li><li>• Tratamiento con flúor (2 por año calendario): Copago de \$0.</li></ul> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <p>El plan cubre hasta \$1000 por año calendario para servicios dentales integrales combinados dentro y fuera de la red no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de \$20 por cada servicio. Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de restauración</li><li>• Endodoncia</li><li>• Periodoncia</li><li>• Extracciones</li><li>• Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios</li></ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Cubierto por Medicare: Coseguro del 35 %. Durante una hospitalización de gravedad si son médicamente necesarios. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen oral (hasta 1 por año calendario): Copago de \$0.</li></ul>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

### Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li><li>• Tratamiento con flúor (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li><li>• Radiografías dentales (hasta 1 por año calendario): Copago de \$0.</li></ul> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>El plan cubre hasta \$1000 por año calendario para servicios dentales integrales combinados dentro y fuera de la red no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de \$20 por cada servicio. Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de restauración</li><li>• Endodoncia</li><li>• Periodoncia</li><li>• Extracciones</li><li>• Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios</li></ul> <p>Los beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.</p>
Servicios de la visión	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubiertas por Medicare: Copago de \$15.</p> <p>Examen ocular de rutina (1 por año calendario): Copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (1 par después de cada cirugía de cataratas): Copago de \$0.</p> <p>Anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto de rutina: Copago de \$0.</p> <p>El plan pagará hasta \$100 por año calendario para anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red combinado. Los beneficios de la visión complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor de la red de EyeQuest.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubiertas por Medicare: Coseguro del 35 %</p> <p>Examen ocular de rutina (1 por año calendario): Copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (1 par después de cada cirugía de cataratas): Coseguro del 35 %</p> <p>Anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto de rutina: Copago de \$0.</p> <p>El plan pagará hasta \$100 por año calendario para anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red combinado. Los beneficios de la visión complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor de la red de EyeQuest. Los miembros son responsables de cualquier monto que supere las tarifas contratadas de EyeQuest para los servicios cubiertos obtenidos de proveedores fuera de la red de EyeQuest.</p>



**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

## Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

Servicios de salud mental	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$15.</p> <p>Consulta de terapia individual: Copago de \$15.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Coseguro del 35 %.</p> <p>Consulta de terapia individual: Coseguro del 35 %.</p>
Centros de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1 a 20: Copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Coseguro del 35 % por estadía</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p>
Fisioterapia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$15.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$15.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Coseguro del 35 %.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Coseguro del 35 %.</p>
Ambulancia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Ambulancia (terrestre): Copago de \$220.</p> <p>Ambulancia (aérea): Copago de \$220.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Ambulancia (terrestre): Copago de \$220.</p> <p>Ambulancia (aérea): Copago de \$220.</p>
Transporte	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20 %.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20 %.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro</p>

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

## Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p>del 35 %.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 35 %.</p>
Centro quirúrgico ambulatorio	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$200</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 35 %</p>
Cuidado de los pies ( <i>servicios de podiatría</i> )	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$15.</p> <p>Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Coseguro del 35 %.</p> <p>Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p>
Equipo médico duradero	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Coseguro del 35 %.</p>
Dispositivos protésicos ( <i>dispositivos ortopédicos, miembros artificiales, etc.</i> )	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %.</p> <p>Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Dispositivos protésicos: Coseguro del 35 %.</p> <p>Suministros médicos relacionados: Coseguro del 35 %.</p>
Suministros y servicios para la diabetes	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: copago de \$0 para tiras reactivas One-Touch de Johnson &amp; Johnson y monitores y tiras reactivas Accu-Chek de Roche Diagnostics cuando se adquieren en una farmacia de la red. Es posible que usted deba asumir la responsabilidad de los costos totales si se compran otras marcas.</p> <p>Coseguro del 35 % para tiras reactivas y monitores para diabéticos de un proveedor de equipo médico duradero (DME).</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

### Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: Coseguro del 35 % para tiras reactivas y monitores para diabéticos de un proveedor de equipo médico duradero (DME).</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Coseguro del 35 %.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Coseguro del 35 %.</p>
Programa de Bienestar	Copago de \$0 para una membresía para gimnasio a través de SilverSneakers®.
Productos de venta libre	<p>Usted paga un copago de \$0 por productos de venta libre (OTC) seleccionados a través de nuestro servicio de pedidos por correo, hasta una asignación de \$75.</p> <p>Los pedidos están limitados a uno (1) cada tres meses y los beneficios están disponibles al principio de cada trimestre del año calendario (enero, abril, julio y octubre). Toda cantidad que no se use no será transferida.</p>

### BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Etapa del deducible	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.																						
Cobertura inicial	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y el plan de la Parte D pagan.</p> <p><b>Costo compartido minorista estándar</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Suministro para 30 días</th> <th>Suministro para 60 días</th> <th>Suministro para 100 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</td> <td>Copago de \$5</td> <td>Copago de \$10</td> <td>Copago de \$15</td> </tr> <tr> <td>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</td> <td>Copago de \$12</td> <td>Copago de \$24</td> <td>Copago de \$36</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</td> <td>Copago de \$47</td> <td>Copago de \$94</td> <td>Copago de \$141</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (medicamentos)</td> <td>Copago de \$100</td> <td>Copago de \$200</td> <td>Copago de \$300</td> </tr> </tbody> </table>			Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 100 días	Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$5	Copago de \$10	Copago de \$15	Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$36	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141	Nivel 4 (medicamentos)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 100 días																				
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$5	Copago de \$10	Copago de \$15																				
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$36																				
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141																				
Nivel 4 (medicamentos)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300																				

**SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS**

Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

no preferidos)			
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %

**Costo compartido minorista preferido**

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 100 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$7	Copago de \$14	Copago de \$21
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$37	Copago de \$74	Copago de \$111
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$90	Copago de \$180	Copago de \$270
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %

**Pedido por correo**

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$14
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$180
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 33 %

Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de atención a largo plazo, infusión en el hogar o una farmacia fuera de la red.

Llámenos o consulte la "Evidencia de Cobertura" del plan en nuestro sitio web

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

### Clover Health Choice (PPO) (Plan 040)

	<p>(<a href="http://www.cloverhealth.com">www.cloverhealth.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>
<b>Período sin cobertura</b>	<p>El período sin cobertura comienza después de que el costo anual total para medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$4,020. Después de que ingrese en el período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo de los medicamentos de marca cubiertos del plan y el 25 % del costo de los medicamentos genéricos cubiertos del plan hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura.</p>
<b>Monto por situaciones catastróficas</b>	<p>Después de que alcance el monto de \$6,350, en costos anuales que paga de su bolsillo, usted paga el monto que sea superior entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos, o</li><li>• 5 % del costo.</li></ul>

## DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-657-1207 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-888-466-5044 (TTY: 711).

**Clover Health Choice (PPO)** es un plan PPO local que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Clover Health Choice (PPO)** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Tenga en cuenta que los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de Clover Health, salvo en caso de emergencia. Para tomar una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, les recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de la organización previa al servicio antes de recibir atención. Llame al 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.

La cobertura de salud es ofrecida por Clover Insurance Company.

# Clover está a su disposición.



**1-888-657-1207 (TTY 711)**

De 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana\*



**Visítenos en [cloverhealth.com/enroll](https://www.cloverhealth.com/enroll)**

---

\*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.

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 al Servicio al Cliente 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 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 speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-657-1207 (TTY 711). 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 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)。 -