

# Clover New Jersey

## Resumen de beneficios de 2019



### **Clover Health Choice Premier (PPO-032)**

Disponible en los siguientes condados: Burlington, Cumberland, Gloucester, Middlesex, Morris y Ocean

### **Clover Health Choice (PPO-041)**

Disponible en los siguientes condados: Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester y Middlesex

### **Clover Health Choice Value (PPO-042)**

Disponible en los siguientes condados: Burlington, Camden, Cumberland y Gloucester

# Resumen de beneficios de 2019

## **New Jersey Clover Health Choice Premier (PPO) (H5141) (plan 032), Clover Health Choice (PPO) (H5141) (plan 041) y Clover Health Choice Value (PPO) (H5141) (plan 042)**

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por los planes New Jersey Clover Health Choice Premier (PPO), Clover Health Choice (PPO) y Clover Health Choice Value (PPO) del año del plan: Desde el 1 de enero de 2019 hasta 31 de diciembre de 2019.

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, consulte la "Evidencia de cobertura". Puede acceder a la EOC en línea si ingresa en [www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com) o si se comunica con nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207 (TTY 711) y solicita que se le envíe una copia por correo postal.

This information is available for free in other languages. This document is available in other formats such as large print. Please call our Member Services Department at 1-888-657-1207 (TTY users should call 711). Hours are 8am–8pm, local time, 7 days a week. From April 1 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on the weekends and holidays. You can also find this document as well as more helpful information on our website, [www.cloverhealth.com](http://www.cloverhealth.com).

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios al cliente llamando al 1-888-657-1207 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener más información. Nuestro horario de atención es de 8 a. m a 8 p. m (hora del este), los 7 días de la semana. Entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días festivos.

Clover Health tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recibe los servicios de proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que tenga una mayor responsabilidad de costo compartido.

Para obtener información acerca de los medicamentos con receta cubiertos, consulte el Formulario del plan. Para obtener información acerca de los proveedores y las farmacias de nuestra red, puede solicitar que se le envíe por correspondencia un directorio actual llamando a Servicios para los miembros (el número de teléfono se indicó anteriormente), o bien puede buscar un proveedor o descargar el directorio de proveedores desde [www.cloverhealth.com/en/members/find-provider](http://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider).

Para inscribirse en los planes New Jersey Clover Health Choice Premier (PPO), Clover Health Choice (PPO) o Clover Health Choice Value (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 los siguientes condados en Nueva Jersey

- Clover Health Choice Premier (PPO): Burlington, Cumberland, Gloucester, Middlesex, Morris y Ocean
- Clover Health Choice (PPO): Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester y Middlesex

- Clover Health Choice Value (PPO): Burlington, Camden, Cumberland y Gloucester

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual "Medicare y usted" vigente. Puede consultarlo en Internet en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Clover Health es un plan de la Organización de proveedores preferidos (PPO) y un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Clover Health 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 o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de cada año.

## **QUÉ ESPERAR DE CLOVER**

Los planes de Clover brindan beneficios pensados para su salud y son diferentes de aquellos que ofrece Medicare Original. Estamos aquí para ayudarlo a comprender su cobertura y su atención. El documento de su Evidencia de cobertura (EOC) es la referencia sobre lo que cubre su plan.

En este Resumen de beneficios, se explica cómo puede obtener más información acerca de su plan y cobertura: médico (Parte C), beneficios complementarios y de farmacia (Parte D). Cada sección contiene información sobre los beneficios de su plan, seguida de una tabla que resume estos beneficios y su parte del costo. Si tiene más preguntas, llame al Departamento de Servicios para los miembros de Clover al 1-888-657-1207 para obtener más ayuda.

### **Cómo comunicarse con nosotros**

Clover se comunica con los miembros por teléfono y correspondencia. Podemos recibir comunicaciones de parte de los miembros por fax.

Ofrecemos recursos y servicios gratuitos a las personas que necesitan ayuda adicional para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Información escrita en otros formatos (tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8 p. m., hora local. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

## **Equipo clínico de Clover**

Nuestro Equipo clínico trabaja en su comunidad y está disponible para realizar consultas en su domicilio, u otro sitio que usted elija, para abordar sus inquietudes únicas sobre salud. El equipo clínico de Clover ofrece un enfoque personalizado y un servicio de atención médica diferente del que podría recibir en el consultorio de su proveedor.

## **Consulta de atención de Clover (CCV)**

Para respaldar su salud, Clover ofrece un seguimiento anual denominado Consulta de atención de Clover (CCV). Nuestro equipo de atención incluye profesionales de enfermería, asistentes médicos y otros clínicos certificados. En la comodidad de su casa o en otro lugar privado de su elección, nuestro equipo lo visita para brindarle una evaluación de bienestar de una hora en persona y ayudarlo a comprender mejor sus necesidades médicas. Esto puede incluir un examen físico, una revisión de los diagnósticos y medicamentos anteriores y actuales, y una oportunidad para abordar sus inquietudes y preguntas. Para programar una Consulta de atención de Clover con una persona de nuestro equipo, llámenos al 1-888-778-1478.

## **Más programas clínicos**

Si necesita más atención de la que puede recibir con sus proveedores habituales, infórmenos. En determinadas circunstancias, Clover puede ofrecer atención adicional más allá de lo descrito aquí.

## **BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS**

Los planes de Clover ofrecen todos los beneficios de Medicare Original, además del acceso a beneficios complementarios que incluyen algunos de los servicios y artículos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia para mantenerse saludables. Estos beneficios complementan los servicios de diagnóstico odontológicos, auditivos y para la visión, o aquellos cubiertos por Medicare. Consulte la EOC de su plan para conocer los servicios y costos específicos, y los requisitos de autorización previa. Consulte los beneficios complementarios que puede ofrecerle Clover en las siguientes categorías.

### **Beneficios complementarios para la visión**

Clover cubre un examen de rutina de la vista por año y una asignación anual para marcos, lentes o lentes de contacto a través de nuestro proveedor, EyeQuest. El monto que debe pagar por anteojos o lentes de contacto depende del costo de los anteojos que elija.

### **Beneficios complementarios auditivos**

Aunque Medicare Original no cubre servicios auditivos de rutina, la mayoría de los planes de Clover sí lo hacen. Creemos en el tratamiento temprano de la pérdida auditiva. Clover trabaja con TruHearing para proporcionar valiosos servicios de audífonos a bajo costo. Para ver si su plan tiene este beneficio y los costos compartidos asociados, consulte los beneficios detallados en su EOC o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207.

## **Beneficios complementarios dentales**

La atención odontológica de calidad es una parte fundamental de su salud general. Clover se ha asociado con DentaQuest para ofrecer servicios odontológicos de rutina. Para conocer los demás servicios cubiertos por Medicare para el tratamiento de una afección, enfermedad o lesión odontológica en un hospital, consulte su EOC.

## **Gimnasio**

Todos los miembros de Clover tienen acceso a los gimnasios Silver Sneakers. Los gimnasios de Silver Sneakers ofrecen actividades como natación recreativa, actividades aeróbicas, servicios de control del peso, asesoramiento sobre nutrición y programas de preparación física individualizados. Para obtener más información acerca del programa y conocer los gimnasios de su área, visite [www.silversneakers.com](http://www.silversneakers.com) o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207.

## **De venta libre**

Usted es elegible para una asignación de \$25 para Clover Health Choice (PPO) y una asignación de \$50 para Clover Health Choice Value (PPO) cada tres meses para usarla en la compra de determinados productos de venta libre, disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo. 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. Los pedidos se pueden hacer por teléfono al 1-888-628-2770; TTY: 1-877-672-2688 de lunes a viernes, de 9 a. m. a 8 p. m. (hora del este) o en línea en: [clover.otchs.com](http://clover.otchs.com). Los pedidos se enviarán a su casa sin costo alguno.

**Los servicios de medicamentos de venta libre no están cubiertos para Clover Health Choice Premier (PPO) 032.**

## CUADRO DE BENEFICIOS MÉDICOS

El monto que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el costo máximo a pagar. Estos servicios están marcados con un asterisco en el cuadro de beneficios médicos de abajo y en la EOC.

Los servicios cubiertos que se deben aprobar por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están marcados **en negrita** en el cuadro de beneficios médicos.

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$75.70	Usted paga \$0	Usted paga \$37.20	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Estos planes no tienen un deducible para los servicios médicos. Se aplica un deducible para los medicamentos con receta en Clover Health Choice Value (PPO). Consulte la sección de medicamentos con receta para obtener más información.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo ( <i>no incluye medicamentos con receta</i> )	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$3,400 anuales	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$6,700 anuales	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$5,600 anuales	El monto máximo que deberá pagar por copagos, coseguros y otros costos para los servicios médicos durante el año.
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados</b>	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6.  Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 365.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$300 por día para los días 1 a 6.  Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 365.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$250 por día para los días 1 a 6.  Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 365.	

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<p>Cobertura para pacientes internados en un hospital para pacientes externos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de observación</li> </ul> <p>○ <b>Cirugía</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$120 por cada servicio de observación cubierto por Medicare y un copago de \$200 por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduzca a una cirugía ambulatoria.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$200 por cada cirugía ambulatoria.</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por cada servicio de observación cubierto por Medicare y un copago de \$200 por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduzca a una cirugía ambulatoria.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$200 por cada cirugía ambulatoria.</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por cada servicio de observación cubierto por Medicare y un copago de \$200 por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduzca a una cirugía ambulatoria.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$200 por cada cirugía ambulatoria.</b></p>	<p>No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p>
<p>Consultas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proveedor de atención primaria</li> <li>○ Especialistas</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por cada consulta.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$5 por cada consulta.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$5 por cada consulta.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta.</p>	
<p>Atención preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted no debe pagar nada.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted no debe pagar nada.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted no debe pagar nada.</p>	<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>	<b>Lo que debe saber</b>
Atención de emergencia	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$120 por cada consulta.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por cada consulta.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por cada consulta.	El copago no se aplica si usted ingresa en un plazo de 24 horas al mismo centro que la consulta en sala de emergencia.
Servicios de urgencia	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta.	El copago no se aplica si usted ingresa en un plazo de 24 horas al mismo centro que la consulta de urgencia.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/exámenes por imágenes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Servicios de laboratorio</b></li> <li>○ <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare</b></li> </ul>	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de hasta \$0.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de hasta \$10.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de hasta \$5.	El copago de la mamografía diagnóstica se exime si se realiza una mamografía de detección el mismo día.
	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de hasta \$30 por cada prueba y procedimiento de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de hasta \$150 por cada prueba y procedimiento de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de hasta \$35 por cada prueba y procedimiento de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de hasta \$150 por cada prueba y procedimiento de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de hasta \$30 por cada prueba y procedimiento de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de hasta \$150 por cada prueba y procedimiento de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.	



Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas de imágenes de diagnóstico para pacientes externos (como radiografías)</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de hasta \$30 por cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de hasta \$30 por cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de hasta \$30 por cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de radiología avanzados (como imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear)</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de hasta \$30 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de \$150 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de hasta \$35 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de \$150 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de hasta \$30 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de \$150 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$60 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$60 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$60 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio.</p>	

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen auditivo cubierto por Medicare</li> <li>○ Examen auditivo de rutina*</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$15.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0, hasta 1 examen auditivo de rutina por año.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$35.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0, hasta 1 examen auditivo de rutina por año.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0, hasta 1 examen auditivo de rutina por año.</p>	<p>Usted debe ver a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio del examen auditivo de rutina.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Audífonos*</b></li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono Flyte Advanced o un copago de \$999 por cada audífono Flyte Premium, hasta 2 audífonos por año (1 por oído por año).</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono estándar o un copago de \$999 por cada audífono de primera calidad, hasta 2 audífonos por año (1 por oído por año).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono Flyte Advanced o un copago de \$999 por cada audífono Flyte Premium, hasta 2 audífonos por año (1 por oído por año).</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono estándar o un copago de \$999 por cada audífono de primera calidad, hasta 2 audífonos por año (1 por oído por año).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono Flyte Advanced o un copago de \$999 por cada audífono Flyte Premium, hasta 2 audífonos por año (1 por oído por año).</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono estándar o un copago de \$999 por cada audífono de primera calidad, hasta 2 audífonos por año (1 por oído por año).</p>	<p>Usted debe ver a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio del audífono.</p>

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes bucales preventivos*</li> <li>○ Limpiezas preventivas*</li> <li>○ Radiografías preventivas*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada examen dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$30 por cada examen odontológico, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada limpieza dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$30 por cada limpieza dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada radiografía dental, hasta 1 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$40 por 1 radiografía dental por año.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada examen dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$30 por cada examen odontológico, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada limpieza dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$30 por cada limpieza dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada radiografía dental, hasta 1 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$40 por 1 radiografía dental por año.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada examen dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$30 por cada examen odontológico, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada limpieza dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$30 por cada limpieza dental, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada radiografía dental, hasta 1 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$40 por 1 radiografía dental por año.</p>	<p>Usted debe ver a un proveedor de DentaQuest para usar este beneficio.</p>

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tratamientos preventivos con flúor*</li>   <li>○ Servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada tratamiento dental con flúor, hasta 2 por año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Nuestro plan cubre hasta \$25 por cada tratamiento dental con flúor, hasta 2 por año.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Sin cobertura.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Sin cobertura.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios odontológicos integrales complementarios*: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios no rutinarios</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Otras cirugías orales/ maxilofaciales</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Nuestro plan cubre hasta \$1,000 por 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.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de la visión cubiertos por Medicare</li> <li>○ Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>○ Examen de la visión de rutina*</li> <li>○ Anteojos complementarios*</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$15 por los exámenes de diagnóstico y tratamiento de afecciones y enfermedades oculares.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de cada cirugía de cataratas.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen de rutina de la vista por año.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Nuestro plan pagará hasta \$100 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por los exámenes de diagnóstico y tratamiento de afecciones y enfermedades oculares.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de cada cirugía de cataratas.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen de rutina de la vista por año.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Nuestro plan pagará hasta \$100 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$25 por los exámenes de diagnóstico y tratamiento de afecciones y enfermedades oculares.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de cada cirugía de cataratas.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen de rutina de la vista por año.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Nuestro plan pagará hasta \$100 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red.</p>	<p>Usted debe ver a un proveedor de EyeQuest para usar este beneficio.</p> <p>Usted debe ver a un proveedor de EyeQuest para usar este beneficio.</p>

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Pacientes hospitalizados</b></li>   <li>○ <b>Consultas de terapia individual y grupal para pacientes externos</b></li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 90 para cada hospitalización.</b></p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 90 para cada hospitalización.</b></p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$250 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 90 para cada hospitalización.</b></p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta.</p>	<p>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.</p>
<b>Centro de atención de enfermería especializada</b>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por día para los días 1 a 20 para cada hospitalización.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$172 por día para los días 21 a 100 para cada hospitalización.</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 para cada hospitalización.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$172 por día para los días 21 a 100 para cada hospitalización.</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 para cada hospitalización.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$172 por día para los días 21 a 100 para cada hospitalización.</b></p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa.</p>

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<b>Fisioterapia (servicios de rehabilitación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li> <li>○ Rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare</li> <li>○ Rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare</li> <li>○ Terapia de ejercicio supervisado (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) cubierta por Medicare</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$15.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$15.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$15.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$35.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$35.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$30.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$30.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$25.</p>	
<b>Ambulancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transporte terrestre y aéreo</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$200.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$250.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$225.</p>	<p>Las reglas de autorización previa se aplican a los servicios de ambulancia que no son de emergencia.</p>
<b>Transporte</b>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>No está cubierto, a menos que otros medios de transporte pudieran poner en peligro su salud.</p>

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<b>Dentro y fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</b>	<b>Dentro y fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</b>	<b>Dentro y fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</b>	
<p>Atención para los pies (servicios de podiatría)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención para los pies cubiertos por Medicare</li> <li>○ Atención de rutina de los pies</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$15.</p> <p>Sin cobertura.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$35.</p> <p>Sin cobertura.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Sin cobertura.</p>	
<p>Equipo/suministros médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno)</b></li> <li>○ <b>Prótesis (como dispositivos ortopédicos, miembros artificiales)</b></li> <li>○ Suministros para la diabetes</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p>	



Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)	Lo que debe saber
DE VENTA LIBRE	Sin cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por determinados productos de venta libre a través de nuestro servicio de pedidos por correo, hasta una cantidad permitida de \$25.	Usted paga un copago de \$0 por determinados productos de venta libre a través de nuestro servicio de pedidos por correo, hasta una cantidad permitida de \$50.	<p>Para Clover Health Choice (PPO) y Clover Health Choice Value (PPO), 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> <p>Los pedidos se pueden hacer por teléfono al 1-888-628-2770; TTY: 1-877-672-2688 de lunes a viernes, de 9 a. m. a 8 p. m. (hora del este) o en línea en: <a href="http://clover.otchs.com">clover.otchs.com</a>. Los pedidos se enviarán a su casa sin costo alguno.</p>
Programas de salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Membresía para gimnasios.</b></li> </ul>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Visite <a href="http://www.silversneakers.com">www.silversneakers.com</a> para obtener más información.

## **BENEFICIOS DE LA PARTE D**

Su plan de Clover incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. El formulario integral de Clover enumera todos los medicamentos genéricos y de marca que están cubiertos por su plan. También nos vinculamos con una red de farmacias. En muchos casos, ahorrará dinero en una farmacia dentro de la red.

Nuestro formulario está dividido en cinco niveles. Los medicamentos cubiertos tienen diferentes costos compartidos en función del nivel al que estén asignados. La cuadrícula de las páginas siguientes puede ayudarle a comprender su costo compartido para cada uno de los medicamentos que toma.

Para calcular su parte del costo:

- conozca qué medicamentos toma
- búsquelos en el formulario para conocer a qué nivel están asignados
- use la cuadrícula de las páginas siguientes para conocer su costo compartido para cada nivel

Todos los planes de la Parte D de Medicare tienen cuatro fases de cobertura descritas en la cuadrícula de las páginas siguientes. Su parte del costo del medicamento es diferente en cada fase. Si necesita ayuda para determinar el costo de sus medicamentos durante el año, llame a Servicios para los miembros.

### **Surtidos para 100 días**

Los planes de Clover cubren surtidos para 100 días de los medicamentos de mantenimiento comunes. Puede aprovechar este beneficio siempre y cuando su proveedor considere que los surtidos para 100 días son adecuados para sus circunstancias. Puede obtener estos medicamentos con receta en una farmacia minorista preferida o mediante pedido por correo a través de una farmacia de pedido por correo de CVS Caremark.

### **Centros de atención a largo plazo y otras circunstancias**

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar. Consulte el documento de su Evidencia de cobertura para obtener más información. Si los medicamentos de nuestro formulario no satisfacen sus necesidades o si toma un medicamento que no está cubierto por nuestro formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207 para obtener más información sobre las alternativas. Podrá tomar un medicamento alternativo o solicitar una excepción al formulario. Si la parte del costo es demasiado alta para el medicamento que necesita, puede solicitar que Clover cubra ese medicamento en un nivel más bajo. Para obtener más información sobre las excepciones al formulario o de nivel, consulte su documento de Evidencia de cobertura.

### **Tarjeta del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)**

Los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) son programas estatales que ayudan a los adultos o las personas de edad avanzada calificadas con bajos ingresos y que padecen alguna discapacidad a pagar los medicamentos con receta, al cubrir primas o copagos. La cobertura de los SPAP varía según el estado. Por lo tanto, consulte en la oficina de gobierno de su estado para saber si usted es elegible y para comprender los detalles de la cobertura de su estado. Acceda a la información

de contacto del programa según el estado en <https://www.medicareinteractive.org/pdf/SPAP-Chart.pdf> o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207 si tiene más preguntas.

Etapas de la cobertura para medicamentos con receta

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>
<b>Etapas del deducible</b>	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$415 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.
<b>Etapas de cobertura inicial</b> <i>(Luego de pagar su deducible, si corresponde)</i>	Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Usted paga los copagos o el coseguro hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y Clover Health pagan. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y en las farmacias de pedido por correo.	Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Usted paga los copagos o el coseguro hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y Clover Health pagan. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y en las farmacias de pedido por correo.	Después de pagar el deducible anual, usted paga los copagos o el coseguro hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y Clover Health pagan. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y en las farmacias de pedido por correo.

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)
<p><b>Etapa del período sin cobertura</b> (Luego de que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido alcance los \$3,820)</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura. Esto significa que habrá un cambio temporal en el cual deberá pagar por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (incluso lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los \$3,820. No todas las personas ingresarán al período sin cobertura.</p> <p><b>Medicamentos de marca:</b> usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> usted no paga más del 37 % del costo, y el plan paga el resto. El monto pagado por el plan, el 63 %, no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Cuando el total de los costos que paga de su bolsillo para el año alcanza los \$5,100, su cobertura pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, y usted paga menos.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura. Esto significa que habrá un cambio temporal en el cual deberá pagar por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (incluso lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los \$3,820. No todas las personas ingresarán al período sin cobertura.</p> <p><b>Medicamentos de marca:</b> usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> usted no paga más del 37 % del costo, y el plan paga el resto. El monto pagado por el plan, el 63 %, no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Cuando el total de los costos que paga de su bolsillo para el año alcanza los \$5,100, su cobertura pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, y usted paga menos.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura. Esto significa que habrá un cambio temporal en el cual deberá pagar por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (incluso lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los \$3,820. No todas las personas ingresarán al período sin cobertura.</p> <p><b>Medicamentos de marca:</b> usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b> usted no paga más del 37 % del costo, y el plan paga el resto. El monto pagado por el plan, el 63 %, no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Cuando el total de los costos que paga de su bolsillo para el año alcanza los \$5,100, su cobertura pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, y usted paga menos.</p>

Primas y beneficios	Clover Health Choice Premier (PPO)	Clover Health Choice (PPO)	Clover Health Choice Value (PPO)
<p><b>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas</b>  <i>(Luego de que los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$5,100 para el año calendario)</i></p>	<p>Cuando alcance el monto de \$5,100 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluso los medicamentos que compre en una farmacia minorista y a través del pedido por correo), usted paga el monto que sea superior entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un coseguro del 5 % del costo del medicamento, o bien</li> <li>• \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$8.50 para todos los demás medicamentos. Nuestro plan paga el resto del costo.</li> </ul>	<p>Cuando alcance el monto de \$5,100 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluso los medicamentos que compre en una farmacia minorista y a través del pedido por correo), usted paga el monto que sea superior entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un coseguro del 5 % del costo del medicamento, o bien</li> <li>• \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$8.50 para todos los demás medicamentos. Nuestro plan paga el resto del costo.</li> </ul>	<p>Cuando alcance el monto de \$5,100 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluso los medicamentos que compre en una farmacia minorista y a través del pedido por correo), usted paga el monto que sea superior entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un coseguro del 5 % del costo del medicamento, o bien</li> <li>• \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$8.50 para todos los demás medicamentos. Nuestro plan paga el resto del costo.</li> </ul>

**Costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial**

<b>Farmacia minorista estándar</b>			
<b>Nivel</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	Usted paga un copago de \$5 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$5 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$12 por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$10 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$10 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$24 por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$15 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$15 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$36 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	Usted paga un copago de \$13 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$15 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$26 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$30 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$39 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$45 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	Usted paga un copago de \$47 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$47 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$94 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$94 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$141 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$141 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días

**Farmacia minorista estándar**

<b>Nivel</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	Usted paga un copago de \$95 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$100 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$190 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$200 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$285 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$300 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</b>	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días

**Farmacia minorista preferida**

<b>Nivel</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	Usted paga un copago de \$8 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$10 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 22% por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$16 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$20 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 22 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$24 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$30 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 22 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	Usted paga un copago de \$37 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$37 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 22% por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$74 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$74 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 22 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$111 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$111 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 22 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días



**Farmacia minorista preferida**

<b>Nivel</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	Usted paga un copago de \$85 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un copago de \$90 por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un copago de \$170 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un copago de \$180 por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un copago de \$255 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$270 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</b>	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 30 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 30 días
	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 60 días
	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días

**Farmacia de pedido por correo**

<b>Nivel</b>	<b>Clover Health Choice Premier (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice (PPO)</b>	<b>Clover Health Choice Value (PPO)</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	Usted paga un copago de \$16 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$20 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	Usted paga un copago de \$74 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$74 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	Usted paga un copago de \$170 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un copago de \$180 por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</b>	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 33 % por medicamento con receta para un suministro para 100 días	Usted paga un coseguro del 25% por medicamento con receta para un suministro para 100 días

# Clover está aquí para ayudarle.

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

De 8am a 8pm, hora local, los 7 días de la semana\*

 **Visítenos en [cloverhealth.com/enroll](https://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. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Si desea obtener más información, llame al 1-888-657-1207 (TTY 711).

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)。