

# **Clover**

## **New Jersey**

## **Resumen de Beneficios de 2020**



### **Clover Health Choice (PPO-001)**

Disponible en el condado de Hudson

### **Clover Health Choice (PPO-004)**

Disponible en los siguientes condados: Atlantic, Bergen, Essex, Mercer, Monmouth, Passaic, Somerset, Union y Morris

### **Clover Health Choice Value (PPO-007)**

Disponible en los siguientes condados: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Passaic, Somerset, Union y Morris

## **Resumen de Beneficios de 2020**

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

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)**

**Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)**

**Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)**

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 los planes **Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)**, **Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)** y **Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)**
- 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 los planes **Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)**, **Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)** y **Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)**

#### 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) (Plan 001)**, **Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)** y **Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio del plan **Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)** incluye los siguientes condados en New Jersey: Hudson.

El área de servicio del plan **Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)** incluye los siguientes condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Essex, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset y Union.

El área de servicio del plan **Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)** incluye los siguientes condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset y Union.

#### ¿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.

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

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.

### **¿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 001)Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 004)Clover Health Choice Value  
(PPO) (Plan 007)**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.	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.	\$35.50 por mes. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Deducible médico: No corresponde.  Deducible para medicamentos con receta: \$150. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$150 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	Deducible médico: No corresponde.  Deducible para medicamentos con receta: \$150. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$150 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	Deducible médico: No corresponde.  Deducible para medicamentos con receta: \$435. 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 \$435 por los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5.

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
<b>Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b>	<p>Los límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Recuerde que aún deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Los límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Recuerde que aún deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Los límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Recuerde que aún deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D.</p>

### 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.

Hospitalización	<u>Dentro de la red:</u>	<u>Dentro de la red:</u>	<u>Dentro de la red:</u>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
<b>Hospitalización (continuación)</b>	<p>Días 1 a 6: Copago de \$290 por día.</p> <p>Días 7 a 365: Copago de \$0 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Días 1 a 6: Copago de \$290 por día. Días 7 a 365: Copago de \$0 por día.</p>	<p>Días 1 a 6: Copago de \$290 por día.</p> <p>Días 7 a 365: Copago de \$0 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Días 1 a 6: Copago de \$290 por día. Días 7 a 365: Copago de \$0 por día.</p>	<p>Días 1 a 6: Copago de \$170 por día.</p> <p>Días 7 a 365: Copago de \$0 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Días 1 a 6: Copago de \$170 por día. Días 7 a 365: Copago de \$0 por día.</p>
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cirugía para pacientes ambulatorios: copago de \$290.</p> <p>No se aplicará un copago por cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cirugía para pacientes ambulatorios: copago de \$290.</p> <p>No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cirugía para pacientes ambulatorios: copago de \$325.</p> <p>No se aplicará un copago por cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cirugía para pacientes ambulatorios: copago de \$325.</p> <p>No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cirugía para pacientes ambulatorios: copago de \$190.</p> <p>No se aplicará un copago por cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cirugía para pacientes ambulatorios: copago de \$190.</p> <p>No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.</p>
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0.</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$20.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0.</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$20.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0.</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$5.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Visitas al consultorio del médico (continuación)	<p>Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0.</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$20.</p>	<p>Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0.</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$20.</p>	<p>Consulta con un médico de atención primaria: Copago de \$0.</p> <p>Consultas con un especialista: Copago de \$5.</p>
Atención preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de la diabetes)	<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>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 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>	<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>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 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>	<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>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 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 \$90 por visita.</p> <p>Cobertura internacional: Copago de \$90.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p> <p>El plan cubre hasta \$25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>Copago de \$90 por visita.</p> <p>Cobertura internacional: Copago de \$90.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p> <p>El plan cubre hasta \$25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>Copago de \$90 por visita.</p> <p>Cobertura internacional: Sin cobertura.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>



## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.	internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.	
Servicios de urgencia	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>Copago de \$40 por visita.</p> <p>Cobertura internacional: Copago de \$40 por visita.</p> <p>El plan cubre hasta \$25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>Copago de \$40 por visita.</p> <p>Cobertura internacional: Copago de \$40 por visita.</p> <p>El plan cubre hasta \$25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.</p> <p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>Copago de \$40 por visita.</p> <p>Cobertura internacional: Sin cobertura.</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><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</b></p> <p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</b></p> <p><b>Servicios de laboratorio: copago de \$10</b></p> <p><b>Radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</b></p> <p><b>Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET,</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</b></p> <p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</b></p> <p><b>Servicios de laboratorio: copago de \$10</b></p> <p><b>Radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</b></p> <p><b>Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET,</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</b></p> <p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</b></p> <p><b>Servicios de laboratorio: copago de \$0</b></p> <p><b>Radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</b></p> <p><b>Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET,</b></p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	<p><b>CT, medicina nuclear) - centro ambulatorio: copago de \$150</b></p> <p><b>Servicios de radiografías: copago de \$30</b></p> <p><b>Radiología terapéutica (radiación): copago de \$60</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$10</p> <p>Radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</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): copago de \$60</p>	<p><b>CT, medicina nuclear) - centro ambulatorio: copago de \$150</b></p> <p><b>Servicios de radiografías: copago de \$30</b></p> <p><b>Radiología terapéutica (radiación): \$60</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$10</p> <p>Radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</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): copago de \$60</p>	<p><b>CT, medicina nuclear) - centro ambulatorio: copago de \$150</b></p> <p><b>Servicios de radiografías: copago de \$30</b></p> <p><b>Radiología terapéutica (radiación): \$60</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico - centro ambulatorio: copago de \$150</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0</p> <p>Radiología avanzada (como MRI, PET, CT, medicina nuclear) - consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: copago de \$40</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): copago de \$60</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios auditivos	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen de la audición de diagnóstico cubierto por Medicare: copago de \$20</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): todos los tipos</p> <p>Copago de \$699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing</p> <p>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: copago de \$20</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):</p> <p>Copago de \$999 por audífono</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen de la audición de diagnóstico cubierto por Medicare: copago de \$20</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): todos los tipos</p> <p>Copago de \$699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing</p> <p>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: copago de \$20</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):</p> <p>Copago de \$999 por audífono</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen de la audición de diagnóstico cubierto por Medicare: copago de \$5</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): todos los tipos</p> <p>Copago de \$699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing</p> <p>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: copago de \$5</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):</p> <p>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</p>	<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</p>	<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</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
<b>Servicios dentales (continuación)</b>	<p>copago para pacientes hospitalizados.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen oral (al menos 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li> </ul> <p><b><u>Fuera 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 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li> </ul> <p>Los beneficios dentales complementarios se deben</p>	<p>copago para pacientes hospitalizados.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen oral (hasta 2 exámenes por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li> </ul> <p><b><u>Fuera 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 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li> </ul> <p>Los beneficios dentales complementarios se deben</p>	<p>copago para pacientes hospitalizados.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen oral (al menos 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li> </ul> <p><b><u>Fuera 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 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de \$0.</li> <li>Radiografías dentales (al menos 1 por año calendario): Copago de \$0.</li> </ul> <p>Los beneficios dentales complementarios se deben</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.	obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.	obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.
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 \$20.</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: Copago de \$20</p> <p>Examen ocular de rutina (1 por año calendario): Copago de \$0.</p>	<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 \$20.</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: Copago de \$20</p> <p>Examen ocular de rutina (1 por año calendario): Copago de \$0.</p>	<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 \$5.</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: Copago de \$5</p> <p>Examen ocular de rutina (1 por año calendario): Copago de \$0.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	<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. 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>	<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. 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>	<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. 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>
<b>Servicios de salud mental</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20.</b></p> <p><b>Consulta de terapia individual: Copago de \$20.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20.</p> <p>Consulta de terapia individual: Copago de \$20.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20.</b></p> <p><b>Consulta de terapia individual: Copago de \$20.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20.</p> <p>Consulta de terapia individual: Copago de \$20.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$5.</b></p> <p><b>Consulta de terapia individual: Copago de \$5.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$5.</p> <p>Consulta de terapia individual: Copago de \$5.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
<b>Centros de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1 a 20: Copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Días 1 a 20: Copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1 a 20: Copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Días 1 a 20: Copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1 a 20: Copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Días 1 a 20: Copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Copago de \$178 por día.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$20. Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$20.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$20. Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$20.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$5. Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$5.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	<p>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$20.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$20.</p>	<p>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$20.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$20.</p>	<p>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de \$5.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$5.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Ambulancia (terrestre): Copago de \$200.</b></p> <p><b>Ambulancia (aérea): Copago de \$200.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia (terrestre): Copago de \$200.</p> <p>Ambulancia (aérea): Copago de \$200.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Ambulancia (terrestre): Copago de \$250.</b></p> <p><b>Ambulancia (aérea): Copago de \$250.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia (terrestre): Copago de \$250.</p> <p>Ambulancia (aérea): Copago de \$250.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Ambulancia (terrestre): Copago de \$200.</b></p> <p><b>Ambulancia (aérea): Copago de \$200.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia (terrestre): Copago de \$200.</p> <p>Ambulancia (aérea): Copago de \$200.</p>
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura.	Sin cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20 %.</b></p> <p><b>Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20 %.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></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><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20 %.</b></p> <p><b>Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20 %.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></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><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20 %.</b></p> <p><b>Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20 %.</b></p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></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>



## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$200</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Copago de \$200</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$225</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Copago de \$225</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$115</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Copago de \$115</p>
Cuidado de los pies ( <i>servicios de podiatría</i> )	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$20. Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$20. Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$20. Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$20. Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$5. Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cuidado de los pies cubierto por Medicare: Copago de \$5. Cuidado de los pies de rutina: Sin cobertura</p>
<b>Equipo médico duradero</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Coseguro del 20 %.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Coseguro del 20 %.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Coseguro del 20 %.</p>
<b>Dispositivos protésicos (<i>dispositivos ortopédicos, miembros artificiales, etc.</i>)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Dispositivos protésicos: Coseguro del 20 %.</p>

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.	Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.	Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.
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.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de \$0.</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de \$0.</p>
Programa de Bienestar	Copago de \$0 para una membresía para gimnasio a través de SilverSneakers®.	Copago de \$0 para una membresía para gimnasio a través de SilverSneakers®.	Copago de \$0 para una membresía para gimnasio a través de SilverSneakers®.

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
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>	<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>	<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 \$100.</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>
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>			
<b>Etapas del deducible</b>	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$150 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$150 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	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 \$435 por los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5.
<b>Cobertura inicial</b>	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y el plan de la Parte D pagan.	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y el plan de la Parte D pagan.	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y el plan de la Parte D pagan.
<b>Cobertura inicial (continuación)</b>			

**Costo compartido minorista estándar**

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$5
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$15
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$95
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$10
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$30
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$190

**Costo compartido minorista estándar**

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$5
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$15
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$95
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$10
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$30
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$190

**Costo compartido minorista estándar**

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$10
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 25 %
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$20
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 25 %
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 001)

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 004)

Clover Health Choice Value  
(PPO) (Plan 007)

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %
---	----------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$15
--	-------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$15
--	-------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$30
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$45
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$45
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 25 %
--	----------------------

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141
---	--------------------

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141
---	--------------------

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %
---	----------------------

Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$285
--	--------------------

Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$285
--	--------------------

Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %
--	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %
---	----------------------

**Costo compartido minorista  
preferido**

**Costo compartido minorista  
preferido**

**Costo compartido minorista  
preferido**

Nivel	Suministro para 30 días
-------	-------------------------------

Nivel	Suministro para 30 días
-------	-------------------------------

Nivel	Suministro para 30 días
-------	-------------------------------

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 001)

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 004)

Clover Health Choice Value  
(PPO) (Plan 007)

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$10
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$37
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$85
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$10
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$37
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$85
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 22 %
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 22 %
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$20
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$170

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$20
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$170

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 22 %
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 22 %
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 001)

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 004)

Clover Health Choice Value  
(PPO) (Plan 007)

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %
---	----------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
--	------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
--	------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
--	------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$30
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$30
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 22 %
--	----------------------

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$111
---	--------------------

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$111
---	--------------------

Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 22 %
---	----------------------

Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$255
--	--------------------

Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$255
--	--------------------

Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %
--	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %
---	----------------------

Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %
---	----------------------

### Pedido por correo

### Pedido por correo

### Pedido por correo

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel	Suministro para 100 días
-------	--------------------------------

Nivel	Suministros para 100 días
-------	---------------------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
--	------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
--	------------------

Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0
--	------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$20
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$20
--	-------------------

Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Coseguro del 25 %
--	----------------------

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 001)

Clover Health Choice (PPO)  
(Plan 004)

Clover Health Choice Value  
(PPO) (Plan 007)

	<table border="1"> <tr> <td>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</td> <td>Copago de \$74</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (medicamentos no preferidos)</td> <td>Copago de \$170</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (medicamentos especializados)</td> <td>Coseguro del 30 %</td> </tr> </table> <p>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.</p> <p>Llámenos o consulte la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (<a href="http://www.cloverhealth.com">www.cloverhealth.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$170	Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %	<table border="1"> <tr> <td>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</td> <td>Copago de \$74</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (medicamentos no preferidos)</td> <td>Copago de \$170</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (medicamentos especializados)</td> <td>Coseguro del 30 %</td> </tr> </table> <p>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.</p> <p>Llámenos o consulte la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (<a href="http://www.cloverhealth.com">www.cloverhealth.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$170	Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %	<table border="1"> <tr> <td>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</td> <td>Coseguro del 25 %</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (medicamentos no preferidos)</td> <td>Coseguro del 25 %</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (medicamentos especializados)</td> <td>Coseguro del 25 %</td> </tr> </table> <p>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.</p> <p>Llámenos o consulte la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (<a href="http://www.cloverhealth.com">www.cloverhealth.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %	Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74																				
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$170																				
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %																				
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$74																				
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$170																				
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30 %																				
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %																				
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %																				
Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %																				
<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.</p> <p>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</p>	<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.</p> <p>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</p>	<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.</p> <p>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</p>																		



## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	cubiertos del plan hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura.	cubiertos del plan hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura.	hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura.
<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>	<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>	<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** tiene planes de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) locales que tienen un contrato con Medicare. La inscripción en **Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)**, **Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)** y **Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)** 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://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)。