Clover Health

Pennsylvania
Clover Health Choice Value (PPO) (039)

Su Aviso Anual de Cambios:
Todos los detalles de su
Plan Clover Health Choice Value (PPO) (039) de Pennsylvania para 2021

Clover Health

Clover Health Choice Value (PPO) ofrecido por Clover Health

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de Clover Health Choice Value (PPO). El próximo año se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto explica los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que cubra sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que utiliza?
- Consulte la Sección 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Verifique los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta que se describen en el folleto para saber si lo afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Sus medicamentos tienen un nivel diferente y un costo compartido diferente?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones? Por ejemplo, ¿necesita nuestra aprobación antes de que usted pueda obtener sus medicamentos con receta?
- ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

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

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

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que acude con frecuencia, están dentro de nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores de los cuales usted recibe servicios?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense en los costos de atención médica en general.

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

☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

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

- Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista que figura en la parte posterior de su manual Medicare y Usted (Medicare & You).
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

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

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2020, seguirá siendo miembro de Clover Health Choice Value (PPO).

- Para cambiar a **otro plan distinto** que pueda cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en uno nuevo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020.**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, seguirá siendo miembro de Clover Health Choice Value (PPO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Su inscripción al plan actual se cancelará de manera automática.

Recursos adicionales

- Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-888-778-1478. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, hora local, 7 días a la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de Protección al Paciente y de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, Internal Revenue Service) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Clover Health Choice Value (PPO)

- Clover Health es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Clover Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Clover Health Choice Value (PPO).

Y0129_20MX027B13_039_M

Resumen de costos importantes para el 2021

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2020 y 2021 para Clover Health Choice Value (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web www.cloverhealth.com encontrará una copia de nuestra *Evidencia de cobertura*. También puede consultar por separado la *Evidencia de cobertura* que recibió por correo para verificar si otros cambios de beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	$35.60	$37.50
Cantidad de monto máximo de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.)	De proveedores de la red: $6,700 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $6,700	De proveedores de la red: $7,550 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $7,550
Visitas al consultorio médico	**Dentro de la red** Consultas de atención primaria: copago de $0 por visita Consultas con un especialista: copago de $5 por visita **Fuera de la red** Consultas de atención primaria: copago de $0 por visita	**Dentro de la red** Consultas de atención primaria: copago de $0 por visita Consultas con un especialista: copago de $0 por visita **Fuera de la red** Consultas de atención primaria: copago de $0 por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Consultas con un especialista: copago de $5 por visita	Consultas con un especialista: copago de $0 por visita
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados empieza el día en que se admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.	**Dentro de la red** $200 de copago por día para los días 1-6 y Copago de $0 por día para los días 7-365 para cada hospitalización que cubra Medicare. **Fuera de la red** $200 de copago por día para los días 1-6 y Copago de $0 por día para los días 7-365 para cada hospitalización que cubra Medicare.	**Dentro de la red** $225 de copago por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-365 para cada hospitalización que cubra Medicare. **Fuera de la red** $225 de copago por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-365 para cada hospitalización que cubra Medicare.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.)	Deducible: $435 (que se aplica a los Niveles 2, 3, 4 y 5) Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de $12/copago de $0 • Medicamentos de Nivel 2: coseguro del 25%/coseguro del 22% • Medicamentos de Nivel 3: coseguro del 25%/coseguro del 22% • Medicamentos de Nivel 4:	Deducible: $445 (que se aplica a los Niveles 2, 3, 4 y 5) Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de $12/copago de $0 • Medicamentos de Nivel 2: coseguro del 25%/coseguro del 22% • Medicamentos de Nivel 3: coseguro del 25%/coseguro del 22% • Medicamentos de Nivel 4:

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	coseguro del 25%/coseguro del 25% • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 25%/coseguro del 25%	coseguro del 25%/coseguro del 25% • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 25%/coseguro del 25%

Aviso anual de cambios para 2021
Índice

Resumen de costos importantes para el 2021 1

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año 5

Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual 5
Sección 1.2 - Cambios en el monto máximo de bolsillo 5
Sección 1.3 - Cambios a la red de proveedores 6
Sección 1.4 - Cambios a la red de farmacias 7
Sección 1.5 - Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos 7
Sección 1.6 - Cambios a la Parte D de la cobertura para medicamentos con receta 13

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 18

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 19

Sección 3.1 - Si desea seguir con Clover Health Choice Value (PPO) 19
Sección 3.2 - Si desea cambiar de planes 19

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes 20

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare 21

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 21

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta? 22

Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Clover Health Choice Value (PPO) 22
Sección 7.2 - Para recibir ayuda de Medicare 23

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

Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$35.60	$37.50

- La prima mensual de su plan será *más costosa* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene mayores ingresos, es posible que deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 - Cambios en el monto máximo de bolsillo

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

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red se consideran para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo.	$6,700	$7,550 Una vez que haya pagado $7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores dentro de la red por el resto del año calendario.
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores dentro y fuera de la red cuentan para el monto máximo combinado de bolsillo. La prima de su plan no cuenta para el monto máximo de bolsillo.	$6,700	$7,550 Una vez que haya pagado $7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores dentro o fuera de la red por el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios a la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/find-provider encontrará un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran dentro de nuestra red.**

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

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

Sección 1.4 - Cambios a la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta podrían depender de qué farmacia use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/find-provider encontrará un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Modificaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Hospitalizaciones	**Dentro de la red** $200 de copago por día para los días 1-6 y Copago de $0 por día para los días 7-365. **Fuera de la red** $200 de copago por día para los días 1-6 y Copago de $0 por día para los días 7-365.	**Dentro de la red** $225 de copago por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-365. **Fuera de la red** $225 de copago por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-365.
Hospitalizaciones de salud mental	**Dentro de la red** $200 de copago por día para los días 1-6 y Copago de $0 por día para los días 7-90. **Fuera de la red** $200 de copago por día para los días 1-6 y Copago de $0 por día para los días 7-90.	**Dentro de la red** $225 de copago por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-90. **Fuera de la red** $225 de copago por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-90.
Servicios de urgencia	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $15 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $15	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $25 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $25
Hospitalizaciones parcial	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Usted paga un copago de $5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios de Especialista	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios especializados de salud mental	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios de podiatría	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Otro profesional de atención médica	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0-5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0-5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios psiquiátricos	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Usted paga un copago de $ 5 En este momento, no se requiere autorización previa. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	Usted paga un copago de $0 Se requiere autorización previa. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios de telesalud adicionales	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0-5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios de tratamiento de opioides	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico:	**Dentro de la red** Usted paga hasta un copago de $40 para este beneficio en un consultorio o en un centro de radiología diagnóstica, o un copago de $150 en un consultorio ambulatorio. Prueba de la masa ósea: Copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de hasta $40 para este beneficio en un consultorio o centro de radiología diagnóstica, o un	**Dentro de la red** Usted paga hasta un copago de $50 para este beneficio en un consultorio o en un centro de radiología diagnóstica, o un copago de $175 en un consultorio ambulatorio. Prueba de la masa ósea: Copago de $50 **Fuera de la red** Usted paga un copago de hasta $50 para este beneficio en un consultorio o centro de radiología diagnóstica, o un

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	copago de $150 en un consultorio ambulatorio. Prueba de la masa ósea: Copago de $0	copago de $175 en un consultorio ambulatorio. Prueba de la masa ósea: Copago de $50
Otras pruebas radiológicas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (p. ej., MRI, CT, PET)	**Dentro de la red** Usted paga hasta un copago de $55 para este beneficio en un consultorio o en un centro de radiología diagnóstica, o un copago de $150 en un consultorio ambulatorio. **Fuera de la red** Usted paga un copago de hasta $55 para este beneficio en un consultorio o centro de radiología diagnóstica, o un copago de $150 en un consultorio ambulatorio.	**Dentro de la red** Usted paga hasta un copago de $50 para este beneficio en un consultorio o en un centro de radiología diagnóstica, o un copago de $175 en un consultorio ambulatorio. **Fuera de la red** Usted paga un copago de hasta $50 para este beneficio en un consultorio o centro de radiología diagnóstica, o un copago de $175 en un consultorio ambulatorio.
Servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $175 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $175	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $200 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $200
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC, Over-the-Counter)	Usted paga un copago de $0 para ciertos artículos de venta libre (OTC). El plan cubre hasta $100 cada 3 meses para determinados artículos OTC. Limitado a un (1) pedido cada tres meses. No se acumulará ningún monto de cobertura de beneficios que no se utilice.	Usted paga un copago de $0 para ciertos artículos de venta libre (OTC). El plan cubre hasta $125 cada 3 meses para determinados artículos OTC. Ya no está limitado a un (1) pedido cada tres meses. No se acumulará ningún monto de cobertura de beneficios que no se utilice.
Tecnología de acceso remoto	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0-5	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	**Fuera de la red** Usted paga un copago de $0	**Fuera de la red** Usted paga un copago de $20
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 para este beneficio. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $5 para este beneficio.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 para este beneficio. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $0 para este beneficio.
Servicios de la visión	**Dentro y fuera de la red** El plan pagará hasta $150 por año calendario por lentes de contacto o anteojos (lentes o marcos) de rutina combinados dentro y fuera de la red.	**Dentro y fuera de la red** El plan pagará hasta $250 por año calendario por lentes de contacto o anteojos (lentes o marcos) de rutina combinados dentro y fuera de la red.
Exámenes auditivos cubiertos por Medicare	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $5 para este beneficio. **Fuera de la red**	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 para este beneficio. **Fuera de la red**

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Usted paga un copago de $5 para este beneficio.	Usted paga un copago de $0 para este beneficio.

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

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

Si actualmente está tomando un medicamento para el que recibió una excepción al formulario, consulte la carta de aprobación que se le envió para ver si la excepción continúa después del año

del plan 2020. Si la carta establece que la excepción de su formulario vencerá durante el 2020 o a finales de este año, deberá enviar una nueva solicitud de excepción al medicamento para el 2021 si el estado del medicamento no ha cambiado en el formulario. Puede revisar el formulario integral del 2021 en nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/formulary para ver si los cambios en el formulario afectan a su medicamento o comunicarse con nosotros llamando a Servicios para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa para poder pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos para los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada la “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió el folleto antes del 30 de septiembre, comuníquese con Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a la otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica). Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en www.cloverhealth.com. También puede consultar por separado la *Evidencia de cobertura* que recibió por correo para verificar si otros cambios de beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.	Su deducible es de $435. Durante esta etapa, usted paga $12 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 en farmacias estándar, $0 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 en farmacias preferidas y el costo total de medicamentos genéricos de Nivel 2, de marca preferidos de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Su deducible es de $445. Durante esta etapa, usted paga $12 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 en farmacias estándar, $0 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 en farmacias preferidas y el costo total de medicamentos genéricos de Nivel 2, de marca preferidos de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios a sus costos compartidos en la etapa de Cobertura inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial		
Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o del servicio de pedido por correo de medicamentos con receta, revise la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*. Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de su Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos se incluirán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente: **Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):** *Costo compartido estándar:* Usted paga $12 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 por receta **Medicamentos genéricos (Nivel 2):** *Costo compartido estándar:* Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 22% del costo total **Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):** *Costo compartido estándar:* Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 22% del costo total **Medicamentos no preferidos (Nivel 4):** *Costo compartido estándar:*	El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente: **Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):** *Costo compartido estándar:* Usted paga $12 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 por receta **Medicamentos genéricos (Nivel 2):** *Costo compartido estándar:* Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 22% del costo total **Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):** *Costo compartido estándar:* Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 22% del costo total **Medicamentos no preferidos (Nivel 4):** *Costo compartido estándar:*

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 25% del costo total **Medicamentos especializados (Nivel 5):** *Costo compartido estándar:* Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 25% del costo total _____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen $4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).	Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 25% del costo total **Medicamentos especializados (Nivel 5):** *Costo compartido estándar:* Usted paga el 25% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga el 25% del costo total _____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen $4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).

Cambios en las etapas de Período sin cobertura y Cobertura catastrófica

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado en un principio.	Esto no se ofrece.	El plan utilizará la Terapia escalonada para los medicamentos que se encuentran en la Parte B. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.
Correo electrónico y fax actualizados para las quejas sobre la atención de Medicare.	Antes no se había brindado ningún correo electrónico. Fax: 866-509-0919	QualityTeam@Cloverhealth.com Fax: 551-227-3962
Información de contacto para realizar apelaciones de atención médica	Clover Health Attention: Appeals Department PO Box 471 Jersey City, NJ 07303	Clover Health Attention: Appeals Department PO Box 2091 Jersey City, NJ 07303

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Información de contacto para realizar solicitudes de pago de atención médica	Clover Health Attention: Medical Claims PO Box 471 Jersey City, NJ 07303	Clover Health Attention: Medical Claims PO Box 2092 Jersey City, NJ 07303 Claims@cloverhealth.com

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 - Si desea seguir con Clover Health Choice Value (PPO)

Para continuar en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto o cambia al plan Medicare Original para el 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito como miembro en nuestro plan Clover Health Choice Value (PPO).

Sección 3.2 - Si desea cambiar de planes

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero, si desea realizar algún cambio en 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare en el plazo previsto,
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se unirá a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea Medicare y Usted 2021, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Allí, usted puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health Choice Value (PPO).
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health Choice Value (PPO).
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes opciones:
    - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (encontrará los números de teléfono en la Sección 7.1 de este folleto).
    - *O BIEN*, con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o pasarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

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

APPRISE es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de APPRISE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de sus planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar los planes. Puede llamar a APPRISE al 1-800-783-7067. Visite el sitio web de APPRISE para obtener más información (https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
    - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
    - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica de su estado.** Pennsylvania tiene dos programas llamados PACE (Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly, Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores) y PACENET (PACE Needs Enhancement Tier, Nivel de Mejora de las Necesidades de Pennsylvania) que ayudan a las personas a pagar medicamentos con receta en función de su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa,

consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este folleto).

- **Asistencia de costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta a través del SPBP (Pennsylvania Special Pharmaceutical Benefits Program, Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la inscripción en el programa, llame al 1-800-922-9384 o ingrese en línea a http://adap.directory/pennsylvania.

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1 - Cómo obtener ayuda de Clover Health Choice Value (PPO)

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-778-1478. (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* para 2021 (aquí se describen en detalle los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para Clover Health Choice Value (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.cloverhealth.com encontrará una copia de nuestra *Evidencia de cobertura*. También puede consultar por separado la *Evidencia de cobertura* que recibió por correo para verificar si otros cambios de beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 - Para recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. En otoño de todos los años, este manual se envía a todas las personas que tienen cobertura de Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Estamos aquí para ayudarle.

¿Tiene alguna pregunta? 1-888-778-1478 (TTY 711),
entre las 8 am y las 8 pm, hora local, los 7 días de la semana*

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

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

Y0129_20MX027A18_M