Clover Health

New Jersey
Resumen de beneficios de 2022

Clover Health Premier (PPO) (054)
Disponible en los siguientes condados: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset, Sussex y Union

Clover Health Premier Value (PPO) (055)
Disponible en los siguientes condados: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset, Sussex y Union

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

- Aspectos importantes que debe saber sobre **Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)** y **Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)**
- Prima mensual, deducible y límites de lo que paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-888-778-1478 (TTY/TDD: 711).

Aspectos importantes que debe saber sobre Clover Health Premier (PPO) (Plan 054) y Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)

Horario de atención e información de contacto

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8 am a 8 pm, hora local, de lunes a viernes; se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. Si usted es miembro de este plan, llámenos al 1-888-778-1478, TTY/TDD: 711.
- Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-888-466-5044, TTY/TDD: 711.
- Nuestro sitio web: www.cloverhealth.com

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Clover Health Premier (PPO) (Plan 054) y Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)**, 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 de **Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)** incluye los siguientes condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset, Sussex y Union.

El área de servicio de **Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)** incluye los siguientes condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset, Sussex y Union.

¿Qué cubrimos?

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

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B que incluyen 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 todas las restricciones en nuestro sitio web, cloverhealth.com/formulario.

- O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual "Medicare y usted" vigente. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD 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, la farmacia que use y qué etapa del beneficio haya alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas del beneficio que se presentan: Etapa del deducible, Cobertura inicial, Período sin cobertura y Cobertura catastrófica.

Para el 2022, Clover Health Premier (PPO) (Plan 054) participa en el Senior Savings Model de la Parte D, el cual ofrece costos de bolsillo más bajos, estables y previsibles para la insulina cubierta durante las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes, $70 por un suministro de 2 meses, o bien hasta $105 por un suministro de 3 meses de insulina cubierta durante las etapas de deducible, cobertura inicial y período sin cobertura o "interrupción de la cobertura" de su beneficio. Todavía se aplicarían los costos compartidos de la fase catastrófica. Su costo puede ser menor si recibe Ayuda Adicional de Medicare o si utiliza una farmacia preferida. Para saber qué medicamentos son Medicamentos de Insulina Selecta, consulte la Lista de Medicamentos del 2022.

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 Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE LO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS		
Prima mensual del plan	Usted no paga una prima mensual por separado para Clover Health Premier (PPO). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si su prima de la Parte B es de $70 o más, Clover ofrece un subsidio mensual de $70 para su prima de la Parte B cada mes que esté inscrito. Consulte la EOC para obtener más información.	$37.10 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si su prima de la Parte B es de $20 o más, Clover ofrece un subsidio mensual de $20 para su prima de la Parte B cada mes que esté inscrito. Consulte la EOC para obtener más información.
Deducible	Deducible médico: No corresponde. Deducible para medicamentos con receta: $200. 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 $200 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.	Deducible médico: No corresponde. Deducible para medicamentos con receta: $480. 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 $480 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	Los límites anuales en este plan son: • $7,550 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • $11,300 para los servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados. Si alcanza el límite en los costos que paga de su bolsillo, continúa recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año. El monto que paga por algunos servicios no se tiene en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Evidencia de cobertura (EOC). Recuerde que aún deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos con receta de la Parte D.	Los límites anuales en este plan son: • $7,550 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite en los costos que paga de su bolsillo, continúa recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año. El monto que paga por algunos servicios no se tiene en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Evidencia de cobertura (EOC). Recuerde que aún deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos con receta de la Parte D.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en negrita en la siguiente Tabla de beneficios.		
Hospitalización	**Dentro de la red:** **Días 1-4: Copago de $390 por día.** **Días 5-365: Copago de $0 por día.** **Fuera de la red:** Días 1-4: Copago de $390 por día. Días 5-365: Copago de $0 por día.	**Dentro de la red:** **Días 1-4: Copago de $340 por día.** **Días 5-365: Copago de $0 por día.** **Fuera de la red:** Días 1-4: Copago de $340 por día. Días 5-365: Copago de $0 por día.
Centro de atención ambulatoria	**Dentro de la red:** **Cirugía ambulatoria: Copago de $350.** **No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.** **Fuera de la red:** Cirugía ambulatoria: Coseguro del 40%. No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.	**Dentro de la red:** **Cirugía ambulatoria: Copago de $200.** **No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.** **Fuera de la red:** Cirugía ambulatoria: Copago de $200. No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.
Visitas al consultorio del médico	**Dentro de la red:** Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $40. **Fuera de la red:** Consulta con un médico de atención primaria: Coseguro del 40%. Consulta con un especialista: Coseguro del 40%.	**Dentro de la red:** Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $5. **Fuera de la red:** Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $5.
Cuidado preventivo *(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes*	**Dentro de la red:** Copago de $0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original.	**Dentro de la red:** Copago de $0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
de detección de diabetes)	**Fuera de la red:** Copago de $0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.	**Fuera de la red:** Copago de $0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	**Dentro y fuera de la red:** Copago de $90 por visita. Cobertura internacional: Sin cobertura. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.	**Dentro y fuera de la red:** Copago de $90 por visita. Cobertura internacional: Sin cobertura. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.
Servicios de urgencia	**Dentro y fuera de la red:** Copago de $40 por visita. Cobertura internacional: Sin cobertura. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.	**Dentro y fuera de la red:** Copago de $25 por visita. Cobertura internacional: Sin cobertura. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/ exámenes por imágenes	**Dentro de la red:** **Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Un copago de hasta $50** **Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Centro ambulatorio: Copago de $175** **Servicios de laboratorio: Copago de $0** **Servicios de radiología avanzada (como IRM, PET, TC, medicina nuclear) - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Un copago de hasta $50** **Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, TC, medicina nuclear) - Centro ambulatorio: Copago de $350**	**Dentro de la red:** **Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Un copago de hasta $50** **Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Centro ambulatorio: Copago de $175** **Servicios de laboratorio: Copago de $0** **Servicios de radiología avanzada (como IRM, PET, TC, medicina nuclear) - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Un copago de hasta $60** **Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, TC, medicina nuclear) - Centro ambulatorio: Copago de $175**

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
	Servicios de radiografía: Copago de $40 **Radiología terapéutica (radiación): Coseguro del 20%** **<u>Fuera de la red:</u>** Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Coseguro del 40% Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Centro ambulatorio: Coseguro del 40% Servicios de laboratorio: Coseguro del 40% Servicios de radiología avanzada (como IRM, PET, TC, medicina nuclear) - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Coseguro del 40% Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, TC, medicina nuclear) - Centro ambulatorio: Coseguro del 40% Servicios de radiografía: Coseguro del 40% Radiología terapéutica (radiación): Coseguro del 40%	**Servicios de radiografía: Copago de $30** **Radiología terapéutica (radiación): Copago de $60** **<u>Fuera de la red:</u>** Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Un copago de hasta $50 Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Centro ambulatorio: Copago de $175 Servicios de laboratorio: Copago de $40 Servicios de radiología avanzada (como IRM, PET, TC, medicina nuclear) - Consultorio o centro de diagnóstico por imágenes: Un copago de hasta $60 Servicios de radiología avanzada (como MRI, PET, TC, medicina nuclear) - Centro ambulatorio: Copago de $175 Servicios de radiografía: Copago de $30 Radiología terapéutica (radiación): Copago de $60

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
Servicios auditivos	**Dentro de la red:** Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Copago de $40 Examen auditivo de rutina (1 por año calendario): Copago de $0 Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído, por año): todos los tipos Copago de $699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing. Copago de $999 para audífonos Premium a través de un proveedor de TruHearing. **Fuera de la red:** Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Coseguro del 40% Examen auditivo de rutina (1 por año calendario): Coseguro del 40% Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído, por año): Copago de $999 por audífono	**Dentro de la red:** Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Copago de $5 Examen auditivo de rutina (1 por año calendario): Copago de $0 Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído, por año): todos los tipos Copago de $699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing. Copago de $999 para audífonos Premium a través de un proveedor de TruHearing. **Fuera de la red:** Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Copago de $5 Examen auditivo de rutina (1 por año calendario): Copago de $0 Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído, por año): Copago de $999 por audífono
Servicios odontológicos	**Dentro de la red:** Cubiertos por Medicare: Copago de $40. Durante una hospitalización de gravedad si es médicamente necesaria. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. Servicios dentales preventivos: • Examen oral (1 por año calendario): Copago de $0. • Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de $0. • Tratamiento con flúor (2 por año calendario): Copago de $0.	**Dentro de la red:** Cubiertos por Medicare: Copago de $0. Durante una hospitalización de gravedad si es médicamente necesaria. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. Servicios dentales preventivos: • Examen oral (1 por año calendario): Copago de $0. • Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de $0. • Tratamiento con flúor (2 por año calendario): Copago de $0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
	• Radiografía dental (1 por año calendario): Copago de $0. **Fuera de la red:** Cubiertos por Medicare: Coseguro del 40%. Durante una hospitalización de gravedad si es médicamente necesaria. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. Servicios dentales preventivos: • Examen oral (1 por año calendario): Copago de $0. • Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de $0. • Tratamiento con flúor (2 por año calendario): Copago de $0. • Radiografía dental (1 por año calendario): Copago de $0. Los beneficios dentales suplementarios deben obtenerse de un proveedor de la red DentaQuest.	• Radiografía dental (1 por año calendario): Copago de $0. **Fuera de la red:** Cubiertos por Medicare: Copago de $20. Durante una hospitalización de gravedad si es médicamente necesaria. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. Servicios dentales preventivos: • Examen oral (1 por año calendario): Copago de $0. • Limpieza (hasta 2 por año calendario): Copago de $0. • Tratamiento con flúor (2 por año calendario): Copago de $0. • Radiografía dental (1 por año calendario): Copago de $0. Los beneficios dentales suplementarios deben obtenerse de un proveedor de la red DentaQuest.
Servicios de la visión	**Dentro de la red:** Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de $40. Examen de la vista de rutina (1 por año calendario): Copago de $0. Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (1 par después de cada cirugía de cataratas): Copago de $0. Anteojos (lentes y/o marcos) o lentes de contacto de rutina: Copago de $0. El plan pagará hasta $100 por año calendario por lentes de contacto o anteojos (lentes y/o marcos) de rutina combinados dentro y fuera de la red. Los beneficios de la visión	**Dentro de la red:** Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de $5. Examen de la vista de rutina (1 por año calendario): Copago de $0. Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (1 par después de cada cirugía de cataratas): Copago de $0. Anteojos (lentes y/o marcos) o lentes de contacto de rutina: Copago de $0. El plan pagará hasta $200 por año calendario por lentes de contacto o anteojos (lentes y/o marcos) de rutina combinados dentro y fuera de la red. Los beneficios de la visión

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
	complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest. **Fuera de la red:** Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Coseguro del 40% Examen de la vista de rutina (1 por año calendario): Coseguro del 40% Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (1 par después de cada cirugía de cataratas): Copago de $0 Anteojos (lentes y/o marcos) o lentes de contacto de rutina: Copago de $0. El plan pagará hasta $100 por año calendario por lentes de contacto o anteojos (lentes y/o marcos) de rutina combinados dentro y fuera de la red. Los beneficios de la visión complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest. Los miembros son responsables de cualquier monto por encima de las tarifas contratadas de EyeQuest por los servicios cubiertos obtenidos de proveedores fuera de la red EyeQuest.	complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest. **Fuera de la red:** Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de $5 Examen de la vista de rutina (1 por año calendario): Copago de $0. Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (1 par después de cada cirugía de cataratas): Copago de $0 Anteojos (lentes y/o marcos) o lentes de contacto de rutina: Copago de $0. El plan pagará hasta $200 por año calendario por lentes de contacto o anteojos (lentes y/o marcos) de rutina combinados dentro y fuera de la red. Los beneficios de la visión complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest. Los miembros son responsables de cualquier cantidad sobre las tarifas contratadas de EyeQuest por los servicios cubiertos obtenidos de proveedores fuera de la red EyeQuest
Servicios de salud mental	**Dentro de la red:** **Consulta de terapia grupal para pacientes externos: Copago de $40.** **Consulta de terapia individual: Copago de $40.** **Fuera de la red:** Consulta de terapia grupal para pacientes externos: Coseguro del 40%. Consulta de terapia individual: Coseguro del 40%.	**Dentro de la red:** **Consulta de terapia grupal para pacientes externos: Copago de $5.** **Consulta de terapia individual: Copago de $5.** **Fuera de la red:** Consulta de terapia grupal para pacientes externos: Copago de $5. Consulta de terapia individual: Copago de $5.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	**Dentro de la red:** **Días 1-20: Copago de $0 por día.** **Días 21-100: Copago de $184 por día.** **Fuera de la red:** Coseguro del 30%. Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.	**Dentro de la red:** **Días 1-20: Copago de $0 por día.** **Días 21-100: Copago de $188 por día.** **Fuera de la red:** Coseguro del 30%. Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.
Fisioterapia	**Dentro de la red:** **Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de $40.** **Consulta de terapia ocupacional: Copago de $40.** **Fuera de la red:** Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Coseguro del 40%. Consulta de terapia ocupacional: Coseguro del 40%.	**Dentro de la red:** **Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de $5.** **Consulta de terapia ocupacional: Copago de $5.** **Fuera de la red:** Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de $50. Consulta de terapia ocupacional: Copago de $50.
Ambulancia	**Dentro de la red:** **Ambulancia terrestre: Copago de $310.** **Ambulancia aérea: Copago de $310.** **Fuera de la red:** Ambulancia terrestre: Copago de $310. Ambulancia aérea: Copago de $310.	**Dentro de la red:** **Ambulancia terrestre: Copago de $250.** **Ambulancia aérea: Copago de $250.** **Fuera de la red:** Ambulancia terrestre: Copago de $250. Ambulancia aérea: Copago de $250.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	**Dentro de la red:** **Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20%.** **Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%.** **Fuera de la red:** Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 40%. Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 40%.	**Dentro de la red:** **Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 20%.** **Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 20%.** **Fuera de la red:** Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 40%. Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 40%.
Centro quirúrgico ambulatorio	**Dentro de la red:** **Copago de $270** **Fuera de la red:** Coseguro del 40%	**Dentro de la red:** **Copago de $135** **Fuera de la red:** Copago de $135
Atención para los pies *(servicios de podiatría)*	**Dentro de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $40. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura. **Fuera de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Coseguro del 40%. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura.	**Dentro de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $5. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura. **Fuera de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $5. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura.
Equipo médico duradero	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20%.** **Fuera de la red:** Coseguro del 20%.	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20%.** **Fuera de la red:** Coseguro del 20%.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
Dispositivos protésicos ***(dispositivos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)***	**Dentro de la red:** **Dispositivos protésicos: Coseguro del 20%.** **Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20%.** **Fuera de la red:** Dispositivos protésicos: Coseguro del 20%. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20%.	**Dentro de la red:** **Dispositivos protésicos: Coseguro del 20%.** **Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20%.** **Fuera de la red:** Dispositivos protésicos: Coseguro del 20%. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20%.
Suministros y servicios para la diabetes	**Dentro de la red:** Suministros para el control de la diabetes de una farmacia: Copago de $0 Productos preferidos = monitores y tiras reactivas One-Touch y monitores y tiras reactivas Accu-Chek. Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de equipo médico duradero, (Durable Medical Equipment, DME): Coseguro del 20% Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de $0. **Fuera de la red:** Suministros para el control de la diabetes de una farmacia: Coseguro del 20% Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de equipo médico duradero, (Durable Medical Equipment, DME): Coseguro del 20% Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0.	**Dentro de la red:** Suministros para el control de la diabetes de una farmacia: Copago de $0 Productos preferidos = monitores y tiras reactivas One-Touch y monitores y tiras reactivas Accu-Chek. Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de equipo médico duradero, (Durable Medical Equipment, DME): Coseguro del 20% Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de $0. **Fuera de la red:** Suministros para el control de la diabetes de una farmacia: Copago de $0 Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de equipo médico duradero, (Durable Medical Equipment, DME): Coseguro del 20% Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
	Plantillas o zapatos terapéuticos: Coseguro del 20%.	Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de $0.
Programa de bienestar	Copago de $0 para una membresía de gimnasio a través de SilverSneakers®.	Copago de $0 para una membresía de gimnasio a través de SilverSneakers®.
Productos de venta libre	Usted paga un copago de $0 por determinados productos de venta libre a través de nuestro servicio de pedidos por correo, hasta una asignación de $50. Los miembros son elegibles para la asignación cada trimestre para utilizar con la compra de productos de venta libre (OTC) seleccionados. Las cantidades no utilizadas no se transferirán al siguiente trimestre. Las asignaciones empiezan de nuevo al principio de cada trimestre.	Sin cobertura.
Servicios de diálisis	**Dentro de la red:** Coseguro del 20%. **Fuera de la red:** Coseguro del 40%.	**Dentro de la red:** Coseguro del 20%. **Fuera de la red:** Coseguro del 20%.
Servicios de laboratorio y pruebas para COVID-19	**Dentro y fuera de la red:** Copago de $0.	**Dentro y fuera de la red:** Copago de $0.
Grocery Plus	Si califica, puede utilizar su asignación OTC (del inglés Over-the-Counter, artículos de venta sin receta) trimestral de $50 para comprar artículos OTC o de alimentación. Para obtener el beneficio de artículos de alimentación, debe padecer una o más afecciones de salud que cumplan con los requisitos. Visite cloverhealth.com/grocery-plus o llame a Servicios para los Miembros para obtener información.	Sin cobertura.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

<table>
<tr><th></th><th>Clover Health Premier (PPO)
(Plan 054)</th><th>Clover Health Premier Value (PPO)
(Plan 055)</th></tr>
<tr><td>Etapa del deducible</td><td>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 $200 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.</td><td>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 $480 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.</td></tr>
<tr><td>Cobertura inicial</td><td>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos de medicamentos que usted y el plan de la Parte D pagan.

Costo compartido minorista preferido
<table><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 30 días</th></tr><tr><td>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)</td><td>Copago de $0</td></tr><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr><tr><td>Medicamentos selectos de insulina</td><td>Copago de $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>
<table><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 60 días</th></tr><tr><td>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)</td><td>Copago de $0</td></tr><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr></table></td><td>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos de medicamentos que usted y el plan de la Parte D pagan.

Costo compartido minorista preferido
<table><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 30 días</th></tr><tr><td>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)</td><td>Copago de $0</td></tr><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Coseguro del 22%</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>
<table><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 60 días</th></tr><tr><td>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)</td><td>Copago de $0</td></tr><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr></table></td></tr>
</table>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)

Medicamentos selectos de insulina	Copago de $50
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Nivel	Suministro para 100 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%
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $75
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Costo compartido minorista estándar

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $12
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 25%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25%
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $35
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Nivel	Suministro para 100 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%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

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%

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $24
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 25%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25%
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $70
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $5
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 25%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25%
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $105
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Pedido por correo

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0

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%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $5
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%

Pedido por correo

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
	<table><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</td><td>Copago de $0</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Coseguro del 22%</td></tr><tr><td>Medicamentos selectos de insulina</td><td>Copago de $75</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> Sus costos compartidos pueden ser diferentes si utiliza una farmacia de Cuidados a Largo Plazo, una infusión en el hogar o una farmacia fuera de la red. Llámenos o consulte la **"Evidencia de cobertura"** del plan en nuestro sitio web (cloverhealth.com/eoc) para obtener información completa sobre sus costos por medicamentos cubiertos.	<table><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</td><td>Copago de $0</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Coseguro del 22%</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> Sus costos compartidos pueden ser diferentes si utiliza una farmacia de Cuidados a Largo Plazo, una infusión en el hogar o una farmacia fuera de la red. Llámenos o consulte la **"Evidencia de cobertura"** del plan en nuestro sitio web (cloverhealth.com/eoc) para obtener información completa sobre sus costos por medicamentos cubiertos.
Período sin cobertura	El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (que incluye lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los $4,430. Después de que ingrese en el período sin cobertura, usted paga el 25% del costo de los medicamentos de marca cubiertos del plan y el 25% del costo de los medicamentos genéricos cubiertos del plan hasta que sus costos lleguen a un total de $7,050, que es el final del período sin cobertura.	El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (que incluye lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los $4,430. Después de que ingrese en el período sin cobertura, usted paga el 25% del costo de los medicamentos de marca cubiertos del plan y el 25% del costo de los medicamentos genéricos cubiertos del plan hasta que sus costos lleguen a un total de $7,050, que es el final del período sin cobertura.
Monto de la cobertura catastrófica	Después de que alcance el monto de $7,050 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos, usted paga el monto que sea superior entre: • Un copago de $3.95 para los medicamentos genéricos (incluso los	Después de que alcance el monto de $7,050 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos, usted paga el monto que sea superior entre: • Un copago de $3.95 para los medicamentos genéricos (incluso los

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS		
	Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)	Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)
	medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de $9.85 para todos los demás medicamentos, o • el 5% del costo.	medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de $9.85 para todos los demás medicamentos, o • el 5% del costo.
Medicamentos selectos de insulina	Para el 2022, este plan participa en el Senior Savings Model de la Parte D, el cual ofrece costos de bolsillo más bajos, estables y previsibles para la insulina cubierta durante las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por un suministro de 1 mes, $70 por un suministro de 2 meses, o bien hasta $105 por un suministro de 3 meses de insulina cubierta durante las etapas de deducible, cobertura inicial y período sin cobertura o "interrupción de la cobertura" de su beneficio. Todavía se aplicarían los costos compartidos de la fase catastrófica. Su costo puede ser menor si recibe Ayuda Adicional de Medicare o si utiliza una farmacia preferida. Para saber qué medicamentos son Medicamentos de Insulina Selecta, consulte la Lista de Medicamentos del 2022.	Este plan no participa en el Part D Senior Savings Model en 2022.

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-778-1478 (TTY/TDD: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-888-778-1478 (TTY/TDD: 711).

Clover Health tiene planes locales de PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en **Clover Health Premier (PPO) (Plan 054)** y **Clover Health Premier Value (PPO) (Plan 055)** 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 y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores puede 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. Si desea saber si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor soliciten una predeterminación de la organización antes de recibir el servicio. Llame a Servicios para los miembros o consulte su “Evidencia de cobertura” para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Cobertura de salud ofrecida por Clover Health Insurance Company.

Estamos aquí para ayudarlo.

1-888-778-1478 (TTY/TDD 711)

entre las 8 am y las 8 pm, hora local, los 7 días de la semana*

Visítenos en cloverhealth.com/enroll

---

* 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.

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 obtener más información, llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura, así como el costo compartido que se aplica a los servicios que se están fuera de la red.

Y0129_21EX019E3_M