Clover Health

Arizona Clover Health Choice (PPO) (040)

Su Aviso Anual de Cambios
2022 Arizona Clover Health Choice (PPO) (040)

Clover Health

Clover Health Choice (PPO) ofrecido por Clover Health

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente está inscrito como miembro de Clover Health Choice (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 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29th, 2024)

- 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, y haga clic en el enlace "dashboards" (Tableros) en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. 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. COMPARAR: 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 el sitio web medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista que figura en la parte posterior de su manual Medicare y Usted 2022 (Medicare & You 2022).
- 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 2021, seguirá siendo miembro de Clover Health Choice (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 2021.**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, seguirá siendo miembro de Clover Health Choice (PPO).
- If you join another plan by **December 7th, 2021**, your new coverage will start on **January 1st, 2022**. You will be automatically disenrolled from your current plan.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin cargo en inglés.
- Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-888-778-1478. (Los usuarios de TTY/TDD 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 irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Clover Health Choice (PPO)

- Cover 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 (Patrocinador del Plan/Parte D). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Clover Health Choice (PPO).

Y0129_21MX031C24_M

RESUMEN DE COSTOS IMPORTANTES PARA 2022

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2021 y 2022 para Clover Health Choice (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios**. En nuestro sitio web 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	2021 (este año)	2022 (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.)	$0	$0
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: $3,400 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $3,400	De proveedores de la red: $3,400 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $3,400
Visitas al consultorio médico	**Dentro de la red** Consultas de atención primaria: Copago de $0 por visita Consultas con un especialista: Copago de $15 por visita **Fuera de la red** Consultas de atención primaria: Copago de $5 por visita Consultas con un especialista: Copago de $30 por visita	**Dentro de la red** Consultas de atención primaria: Copago de $0 por visita Consultas con un especialista: Copago de $15 por visita **Fuera de la red** Consultas de atención primaria: Copago de $5 por visita Consultas con un especialista: Copago de $30 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.	**Dentro de la red** Copago de $200 por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-365 para cada hospitalización que cubra Medicare.	**Dentro de la red** Copago de $200 por día para los días 1-5 y Copago de $0 por día para los días 6-365 para cada hospitalización que cubra Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
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.	**Fuera de la red** Copago de $320 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** Copago de $320 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.) Para saber qué medicamentos son Medicamentos Selectos de Insulina, consulte la Lista de Medicamentos del 2022 que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar ciertos medicamentos de insulina por la abreviatura “SI” en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio para Miembros.	Deductible: $0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido: • Medicamentos de Nivel 1: copago de $7/ copago de $0 • Medicamentos de Nivel 2: copago de $15/ copago de $10 • Medicamentos de Nivel 3: copago de $47/ copago de $40 No participamos en el Senior Savings Model para la insulina en el 2021. • Medicamentos de Nivel 4: Copago de $100/ copago de $95 • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33%/ coseguro del 33%	Deductible: $0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido: • Medicamentos de Nivel 1: copago de $10/ copago de $0 • Medicamentos de Nivel 2: copago de $15/ copago de $10 • Medicamentos de Nivel 3: copago de $47/ copago de $37 • Medicamentos selectos de insulina1 [1]: copago de $35/ copago de $25 • Medicamentos de Nivel 4: Copago de $100/ copago de $90 • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 33%/ coseguro del 33%

1 Para 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.

Aviso anual de cambios para 2022
Índice

Resumen de costos importantes para 2022..... 1

SECCIÓN 1: Cambios en los costos y beneficios para el próximo año..... 4
SECCIÓN 1.1 – Cambios en la prima mensual..... 4
SECCIÓN 1.2 – Cambios en el monto máximo de bolsillo..... 4
SECCIÓN 1.3 – Cambios a la red de proveedores..... 5
SECCIÓN 1.4 – Cambios a la red de farmacias..... 6
SECCIÓN 1.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos..... 6
SECCIÓN 1.6 – Cambios a la Parte D de la cobertura para medicamentos con receta..7

SECCIÓN 2: Cambios administrativos..... 12

SECCIÓN 3: Cómo decidir qué plan elegir..... 13
SECCIÓN 3.1 – Si desea seguir con Clover Health Choice (PPO)..... 13
SECCIÓN 3.2 – Si desea cambiar de planes..... 13

SECCIÓN 4: Fecha límite para cambiar de planes..... 14

SECCIÓN 5: Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare..... 14

SECCIÓN 6: Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta..... 15

SECCIÓN 7: ¿Preguntas?..... 16
SECCIÓN 7.1 – Cómo obtener ayuda de Clover Health Choice (PPO)..... 16
SECCIÓN 7.2 – Para recibir ayuda de Medicare..... 16

SECCIÓN 1: CAMBIOS EN LOS COSTOS Y BENEFICIOS PARA EL PRÓXIMO AÑO

SECCIÓN 1.1 – CAMBIOS EN LA PRIMA MENSUAL

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.)	$0	$0

- 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	2021 (este año)	2022 (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. Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo.	$3,400	$3,400 Una vez que haya pagado $3,400 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.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no se consideran para el monto máximo de bolsillo para servicios médicos.	$3,400	$3,400 Una vez que haya pagado $3,400 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 cloverhealth.com/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 2022 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 cloverhealth.com/find-pharmacy 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 2022 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 2022.

Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides

Los miembros de nuestro plan con OUD (del inglés Opioid Use Disorder, trastorno por uso de opioides) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un OTP (del inglés Opioid Treatment Program, Programa de Tratamiento de Opioides), el cual incluye los siguientes servicios:

- Los medicamentos para el MAT (del inglés Medication-Assisted Treatment, Tratamiento Asistido con Medicamentos) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA (del inglés Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.)
- Luministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de sobre el consumo
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de ambulancia	**Dentro y Fuera de la red** Copago de $220	**Dentro y Fuera de la red** Copago de $270
Equipo médico duradero (DME)	**Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%	**Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 20%
Suministros médicos protésicos	**Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 35%	**Fuera de la red** Usted paga un coseguro del 20%
Servicios Dentales Integrales	Autorización requerida.	No se requiere autorización.
Servicios del centro quirúrgico ambulatorio	**Dentro de la red** Copago de $200	**Dentro de la red** Copago de $220
Servicios de audición	**Dentro de la red** Paga un cargo adicional de $75 por ayuda Premium para las opciones de estilo recargables.	**Dentro de la red** Paga un cargo adicional de $50 por ayuda Premium para las opciones de estilo recargables.
Beneficios Complementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI)	Este beneficio comenzó a regir a mitad de año. De octubre a diciembre: Si califica, puede utilizar su asignación OTC (artículos de venta sin receta) trimestral de $75 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.	Si califica, puede utilizar su asignación OTC (artículos de venta sin receta) trimestral de $75 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.
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 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 2021. Si la carta establece que la excepción de su formulario vencerá durante el 2021 o a finales de este año, deberá enviar una nueva solicitud de excepción al medicamento para el 2022 si el estado del medicamento no ha cambiado en el formulario. Puede revisar el formulario integral del 2022 en nuestro sitio web cloverhealth.com/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 "LIS Rider"), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Debido a que recibe "Ayuda adicional" y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para miembros y solicite la "Cláusula adicional de 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 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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	**2021 (este año)**	**2022 (próximo año)**
Etapa 2: 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.	El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente:	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 $7 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 por receta	**Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):** *Costo compartido estándar:* Usted paga $10 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 por receta
	Medicamentos genéricos (Nivel 2): *Costo compartido estándar:* Usted paga $15 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $10 por receta	**Medicamentos genéricos (Nivel 2):** *Costo compartido estándar:* Usted paga $15 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $10 por receta
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): *Costo compartido estándar:* Usted paga $47 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $40 por receta	**Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):** *Costo compartido estándar:* Usted paga $47 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $37 por receta

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
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*. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		**Medicamentos selectos de insulina[1]:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $35 por selectos de insulinas *Costo compartido preferido:* Usted paga $25 por selectos de insulinas
	Medicamentos no preferidos (Nivel 4): *Costo compartido estándar:* Usted paga $100 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $95 por receta	**Medicamentos no preferidos (Nivel 4):** *Costo compartido estándar:* Usted paga $100 por receta *Costo compartido preferido:* Usted paga $90 por receta
	Medicamentos especializados (Nivel 5): *Costo compartido estándar:* Usted paga 33% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga 33% del costo total	**Medicamentos especializados (Nivel 5):** *Costo compartido estándar:* Usted paga 33% del costo total *Costo compartido preferido:* Usted paga 33% 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).	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen $4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).

1 Para 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 selectos de insulina, consulte la Lista de Medicamentos de 2022.

Cambios en las etapas de Período sin cobertura y Cobertura catastrófica
Nuestro plan ofrece cobertura adicional en períodos sin cobertura para medicamentos selectos de insulina. Durante el período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por Medicamentos Selectos de Insulina serán de $25 en una farmacia preferida y de $35 en una farmacia estándar para un suministro minorista de 1 mes. 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	**2021 (este año)**	**2022 (próximo año)**
Cambio de proveedor OTC	CVS-OTC Teléfono: 1-888-628-2770 Sitio web: cvs.com/otchs/Clover	Healthy Benefits Teléfono: 1-844-529-5869 Sitio web: HealthyBenefitsPlus.com/CloverHealthOTC
Cambio de dirección postal para solicitar un reembolso por servicios de la visión	EyeQuest PO Box 433 Milwaukee, WI 53201-0433	Clover Health Attention: Medical Claims PO Box 2092 Jersey City, NJ 07303
Cambio de dirección postal para solicitar un reembolso por servicios dentales	DentaQuest Claims PO Box 2906 Milwaukee, WI 53201-2906	Clover Health Attention: Medical Claims PO Box 2092 Jersey City, NJ 07303

SECCIÓN 3: CÓMO DECIDIR QUÉ PLAN ELEGIR

SECCIÓN 3.1 – SI DESEA SEGUIR CON CLOVER HEALTH CHOICE (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 (PPO).

SECCIÓN 3.2 – SI DESEA CAMBIAR DE PLANES

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero, si desea realizar algún cambio en 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare en el plazo previsto,
- -O- 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 2.1 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 el manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022), 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 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 (Patrocinador del Plan/Parte D) 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 (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 (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- llame **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/TDD 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 2022.

¿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 2022 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 2022. 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 (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP se llama Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Arizona.

El Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Arizona es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Arizona al 1-800-432-4040. Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia sobre seguros de salud del estado de Arizona visitando su sitio web (pcoa.org)

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). TTY/TDD users should call 1-877-486-2048, Los usuarios de TTY/TDD 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/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH / SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Arizona (ADDP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (800) 334-1540.

SECCIÓN 7: ¿PREGUNTAS?

SECCIÓN 7.1 – CÓMO OBTENER AYUDA DE CLOVER HEALTH CHOICE (PPO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-778-1478. (solo TTY/TDD, 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 2022 (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 2022. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para Clover Health Choice (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 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 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:

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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (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 medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted* 2022

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).. 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 (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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Estamos aquí para ayudarle.

¿Preguntas?

cloverhealth.com/anoc

Apunta la cámara de tu teléfono al código QR.
Cuando aparezca el enlace, toque para visitar.

1-888-778-1478 (TTY/TDD 711)
8 am–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) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.

Y0129_21MX031C24_M