Clover Health

Tennessee
Resumen de beneficios de 2023

Clover Health Choice (PPO) (033)
Disponible en los siguientes condados: Bledsoe, Davidson, Hamilton, Marion, Polk, Rutherford, Sequatchie y Williamson

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 Choice (PPO) (Plan 033)**
- 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 Choice (PPO) (Plan 033)

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 los 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: cloverhealth.com

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)**, 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 Choice (PPO) (Plan 033)** incluye los siguientes condados en Tennessee: Bledsoe, Davidson, Hamilton, Marion, Polk, Rutherford, Sequatchie y Williamson

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

¿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/formulary.
- 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 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 su formulario (Lista de medicamentos) 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 ha 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 2023, **Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)** participa en el Modelo de Ahorros para Adultos Mayores 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 $35 por un suministro para 1 mes, $70 por un suministro para 2 meses, o bien $105 por un suministro para 3 meses de insulina cubierta durante las etapas de cobertura inicial y período sin cobertura o "interrupción de la cobertura" de su beneficio. Todavía se aplicarían los costos compartidos de la fase catastrófica. Usted no es elegible para este programa si recibe Ayuda adicional. Para saber qué medicamentos son medicamentos selectos de insulina, consulte la Lista de medicamentos de 2023.

Si tiene alguna pregunta con respecto a los costos o los beneficios de este plan, comuníquese con Clover Health

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE LO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
Prima Mensual del Plan	No es necesario que pague una prima mensual por separado para Clover Health Choice (PPO) (plan 033). Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: No corresponde. Deducible para medicamentos con receta: No corresponde.
Responsabilidad Máxima de Gastos de Bolsillo	Los límites anuales en este plan son los siguientes: • $7,550 para servicios que reciba de proveedores dentro de la red. • $10,000 para servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados. Si alcanza el límite en los costos que paga de su bolsillo, continuará 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.
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 a 5: Copago de $350 por día.** **Días 6 a 365: Copago de $0 por día.** **Fuera de la red**: Días 1 a 5: Copago de $495 por día. Días 6 a 365: Copago de $0 por día.
Centro de Atención Ambulatoria	**Dentro de la red**: **Cirugía ambulatoria: Copago de $300.** **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.**
Centro quirúrgico ambulatorio	**Dentro de la red**: **Copago de $200.** **Fuera de la red:** Coseguro del 40%.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
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 $20. **Fuera de la red**: Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $35.
Atención Preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	**Dentro de la red**: Copago de $0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original. **Fuera de la red**: Coseguro del 35% 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: Copago de $90. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas. El plan cubre hasta $25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.
Servicios de Urgencia	**Dentro y fuera de la red**: Copago de $25 por visita. Cobertura internacional: Copago de $40. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas. El plan cubre hasta $25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.
Servicios de Diagnóstico/ Servicios de Laboratorios/ Adquisición de Imágenes	**Dentro de la red:** **Procedimientos y pruebas de diagnóstico** **Un entorno de consultorio: Copago de $40** **En un centro de adquisición de imágenes: Copago de $100** **En un centro ambulatorio: Copago de $175** **Servicios de laboratorio:** **Copago de $0 por servicios en LabCorp** **Copago de $10 por servicios que no sean de LabCorp**

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
Servicios de Diagnóstico/ Servicios de Laboratorios/ Adquisición de Imágenes	**Servicios de radiología avanzados (como imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear): En un consultorio o centro de adquisición de imágenes: Copago de $100** **En un centro ambulatorio: Copago de $175** **Servicios de radiografía: Copago de $30** **Radiología terapéutica (radiación): Coseguro del 20%** **Fuera de la red**: Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Entorno de consultorio, centro de adquisición de imágenes o centro: Coseguro del 40% Análisis de laboratorio: Copago de $40 Servicios de radiología avanzados (como imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear): En un consultorio, centro de adquisición de imágenes o centro: Coseguro del 40% Radiografías: Coseguro del 40% Radiología terapéutica (radiación): Coseguro del 40%
Servicios Auditivos	**Dentro de la red**: Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Copago de $20 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 $35 Examen auditivo de rutina (1 por año calendario): Coseguro del 35% Audífonos (hasta 2 audífonos por año calendario; uno por oído, por año): todos los tipos Copago de $999 por audífono

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
Servicios Odontológicos	**Dentro 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. • Radiografía dental (1 por año calendario): Copago de $0. • Tratamiento con fluoruro (2 por año calendario): Copago de $0. Servicios dentales integrales: El plan cubre hasta $1,000 por año calendario para servicios dentales integrales combinados dentro y fuera de la red no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de $20 por cada servicio. Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente: • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios **Fuera de la red**: Cubiertos por Medicare: Copago de $35 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. • Radiografía dental (1 por año calendario): Copago de $0. • Tratamiento con fluoruro (2 por año calendario): Copago de $0. Servicios dentales integrales: El plan cubre hasta $1,000 por año calendario para servicios dentales integrales combinados dentro y fuera de la red no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de $20 por cada servicio. Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente: • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra Cirugía Bucal o Maxilofacial y Otros Servicios Los beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
Servicios de la visión	**Dentro de la red**: Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de $20. 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 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 $35. 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 complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest.
Servicios de Salud Mental	**Dentro de la red:** **Consulta de terapia grupal para pacientes externos: Copago de $20.** **Consulta de terapia individual: Copago de $20.** **Fuera de la red:** Consulta de terapia grupal para pacientes externos: Copago de $50. Consulta de terapia individual: Copago de $50.
Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	**Dentro de la red**: **Días 1 a 20: Copago de $0 por día.** **Días 21 a 100: Copago de $178 por día.** **Fuera de la red:** Coseguro del 40% por día. Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
Fisioterapia	**Dentro de la red**: **Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de $20.** **Consulta de terapia ocupacional: Copago de $20.** **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 $300.** **Ambulancia aérea: Copago de $300.** **Fuera de la red**: Ambulancia terrestre: Copago de $300. Ambulancia aérea: Copago de $300.
Transporte	Sin cobertura.
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%.
Atención para los pies (servicios de podiatría)	**Dentro de la red**: Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $20. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura. **Fuera de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $50. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura.
Equipo médico duradero	**Dentro de la red**: **Coseguro del 20%.** **Fuera de la red**: Coseguro del 30%.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
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 30%. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 30%.
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, (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 35%. Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de equipo médico duradero, (DME): Coseguro del 30%. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Coseguro del 35%. Plantillas o zapatos terapéuticos: Coseguro del 35%.
Programa de Bienestar	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 $45. Los miembros son elegibles para la asignación cada trimestre para utilizar con la compra de productos OTC seleccionados. Las cantidades no utilizadas no se transferirán al siguiente trimestre. Las asignaciones empiezan de nuevo al principio de cada trimestre.
Servicios de Diálisis	**Dentro de la red:** Coseguro del 20%. **Fuera de la red:** Coseguro del 40%.
Servicios y pruebas de laboratorio para COVID-19	**Dentro de la red:** Copago de $0. **Fuera de la red:** Copago de $0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.
Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina	No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.
Etapa del Deducible	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.
Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,660. 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

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $10	Copago de $20	Copago de $30
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $37	Copago de $74	Copago de $111
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $35	Copago de $70	Copago de $105
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $90	Copago de $180	Copago de $270
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Costo Compartido Minorista Estándar

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $10	Copago de $20	Copago de $5
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $15	Copago de $30	Copago de $45
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $47	Copago de $94	Copago de $141
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $35	Copago de $70	Copago de $105
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $100	Copago de $200	Copago de $300
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

<table>
<tr><th></th><th>Clover Health Choice (PPO)
(Plan 033)</th></tr>
<tr><td>Cobertura Inicial</td><td>Pedido por Correo
<table>
<tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 100 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>Copago de $0</td></tr>
<tr><td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>Copago de $110</td></tr>
<tr><td>Medicamentos selectos de insulina</td><td>Copago de $105</td></tr>
<tr><td>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)</td><td>Copago de $270</td></tr>
<tr><td>Nivel 5 (Medicamentos especializados)</td><td>Coseguro del 33%</td></tr>
</table>
Sus costos compartidos pueden ser diferentes si utiliza una farmacia de Cuidados a Largo Plazo, una farmacia de infusión a domicilio o una farmacia fuera de la red.
Llámenos o consulte la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (cloverhealth.com) para obtener información completa sobre sus costos para medicamentos cubiertos.</td></tr>
<tr><td>Período sin Cobertura</td><td>El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (incluso lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los $4,660.

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 $7,400, que es el final del período sin cobertura.</td></tr>
<tr><td>Monto de la Cobertura Catastrófica</td><td>Después de que alcance el monto de $7,400 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos, usted paga el monto que sea superior entre:
• Un copago de $4.15 para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de $10.35 para todos los demás medicamentos, o
• el 5% del costo.</td></tr>
<tr><td>Medicamentos selectos de insulina</td><td>Para el 2023, Clover Health Choice (PPO) participa en el Modelo de Ahorros para Adultos Mayores 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 $35 por un suministro para 1 mes, $70 por un suministro para 2 meses, o bien $105 por un suministro para 3 meses de insulina cubierta durante las etapas de cobertura inicial y período sin cobertura o “interrupción de la cobertura” de su beneficio. Todavía se aplicarían los costos compartidos de la fase catastrófica. Usted no es elegible para este programa si recibe Ayuda adicional. Para saber qué medicamentos son medicamentos selectos de insulina, consulte la Lista de medicamentos de 2023.</td></tr>
</table>

ESTOS ARTÍCULOS ADICIONALES NO FORMAN PARTE DE LOS BENEFICIOS DE SU PLAN

PROGRAMA DE RECOMPENSAS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 033)
Clover LiveHealthy Rewards®	Obtenga hasta $410 por año en LiveHealthy Rewards En el momento en que se inscribe en su plan Clover Health Medicare Advantage, usted obtiene una tarjeta Flex Visa de LiveHealthy Rewards. Luego, se sumarán dólares de recompensa a su tarjeta a medida que cumple con nuestros pocos y simples requisitos de Recompensas. Para obtener más información, visite cloverhealth.com/livehealthy

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 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 Choice (PPO) (Plan 033)** 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 determinación de la organización previa al servicio 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 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_22EX039E10_M