Clover Health

New Jersey
Resumen de beneficios de 2023

Clover Health Choice (PPO) (001)
Disponible en el Condado de Hudson

Clover Health Choice (PPO) (004)
Disponible en los siguientes condados: Atlantic, Bergen, Essex, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset, Sussex y Union

Clover Health Choice Value (PPO) (007)
Disponible en los siguientes condados: Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Middlesex, 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 Choice (PPO) (plan 001), Clover Health Choice (PPO) (plan 004)** y **Clover Health Choice Value (PPO) (plan 007)**
- 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 001), Clover Health Choice (PPO) (plan 004) y Clover Health Choice Value (PPO) (plan 007)

Horario de Atención e Información de Contacto

- Desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, 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 001)**, **Clover Health Choice (PPO) (plan 004)** y **Clover Health Choice Value (PPO) (plan 007)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio de **Clover Health Choice (PPO) (plan 001)** incluye el siguiente condado en New Jersey: Hudson

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

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

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 001)** y **Clover Health Choice (PPO) (plan 004)** participan 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 $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 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
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 Choice (PPO) (plan 001). Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted no paga una prima mensual por separado para Clover Health Choice (PPO) (plan 004). Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	$35.00 por mes. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: No corresponde. Deducible para medicamentos con receta: $150. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.	Deducible médico: No corresponde. Deducible para medicamentos con receta: $150. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos de los niveles 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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
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.	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.	Los límites anuales en este plan son los siguientes: • $6,600 para servicios que reciba de proveedores dentro de la red. • $12,450 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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
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 1-5: Copago de $390 por día.** **Días 6 a 365: Copago de $0 por día.** **Fuera de la red**: Días 1-5: Copago de $595 por día. Días 6 a 365: Copago de $0 por día.	**Dentro de la red**: **Días 1-5: Copago de $390 por día.** **Días 6 a 365: Copago de $0 por día.** **Fuera de la red**: Días 1-5: Copago de $595 por día. Días 6 a 365: Copago de $0 por día.	**Dentro de la red**: **Días 1 a 4: Copago de $340 por día.** **Días 5 a 365: Copago de $0 por día.** **Fuera de la red**: Días 1 a 4: Copago de $545 por día. Días 5 a 365: Copago de $0 por día.
Centro de Atención Ambulatoria	**Dentro de la red**: **Cirugía ambulatoria: Copago de $325.** **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 $325.** **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 $240.** **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%.	**Dentro de la red**: **Copago de $200.** **Fuera de la red:** Coseguro del 40%.	**Dentro de la red**: **Copago de $100.** **Fuera de la red:** Coseguro del 40%.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Visitas al consultorio del médico	**Dentro de la red**: Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $10. **Fuera de la red**: Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $40.	**Dentro de la red**: Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $10. **Fuera de la red**: Consulta con un médico de atención primaria: Copago de $0. Consulta con un especialista: Copago de $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 $40.
Atención Preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	**Dentro y 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.	**Dentro y 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.	**Dentro y 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: 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.	**Dentro y fuera de la red**: Copago de $95 por visita. Cobertura internacional: Copago de $95. 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.	**Dentro y fuera de la red**: Copago de $95 por visita. Cobertura internacional: Copago de $95. 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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios 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.	**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.	**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 $50** **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**	**Dentro de la red:** **Procedimientos y pruebas de diagnóstico** **Un entorno de consultorio: Copago de $50** **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**	**Dentro de la red:** **Procedimientos y pruebas de diagnóstico** **Un entorno de consultorio: Copago de $50** **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 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	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 $15** **Radiología terapéutica (radiación): Copago de $5** **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 $30 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 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 $15** **Radiología terapéutica (radiación): Copago de $5** **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 $30 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 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 $15** **Radiología terapéutica (radiación): Copago de $5** **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%

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios Auditivos	**Dentro de la red**: Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Copago de $10 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 $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 $999 por audífono	**Dentro de la red**: Examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare: Copago de $10 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 $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 $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 $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 $999 por audífono

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios Odontológicos	**Dentro de la red**: Cubiertos por Medicare: Copago de $10 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 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	**Dentro de la red**: Cubiertos por Medicare: Copago de $10 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 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	**Dentro de la red**: Cubiertos por Medicare: Copago de $5 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 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

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios Odontológicos	**Fuera 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. • Radiografía dental (1 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 $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. • Radiografía dental (1 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 $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. • Radiografía dental (1 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

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios Odontológicos	Los beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.	Los beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.	Los beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest.
Servicios de la visión	**Dentro de la red**: Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de $10. 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.	**Dentro de la red**: Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares: Copago de $10. 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.	**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 complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios de la visión	**Fuera 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 $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.	**Fuera 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 $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.	**Fuera 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 $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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios 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 $40. Consulta de terapia individual: Copago de $40.	**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 $40. Consulta de terapia individual: Copago de $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 $40. Consulta de terapia individual: Copago de $40.
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 $196 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.	**Dentro de la red**: **Días 1 a 20: Copago de $0 por día.** **Días 21 a 100: Copago de $196 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.	**Dentro de la red**: **Días 1 a 20: Copago de $0 por día.** **Días 21 a 100: Copago de $196 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 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Terapia física	**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 $40. Consulta de terapia ocupacional: Copago de $40.	**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 $40. Consulta de terapia ocupacional: Copago de $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 $40. Consulta de terapia ocupacional: Copago de $40.
Ambulancia	**Dentro de la red**: **Ambulancia terrestre: Copago de $185.** **Ambulancia aérea: Copago de $185.** **Fuera de la red**: Ambulancia terrestre: Copago de $185. Ambulancia aérea: Copago de $185.	**Dentro de la red**: **Ambulancia terrestre: Copago de $245.** **Ambulancia aérea: Copago de $245.** **Fuera de la red**: Ambulancia terrestre: Copago de $245. Ambulancia aérea: Copago de $245.	**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.	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%.**	**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%.**	**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%.**

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	**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%.	**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%.	**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 $10. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura. **Fuera de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $40. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura.	**Dentro de la red**: Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $10. Atención de rutina de los pies: Sin cobertura. **Fuera de la red:** Atención para los pies cubierta por Medicare: Copago de $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 $40. 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%.	**Dentro de la red**: **Coseguro del 20%.** **Fuera de la red**: Coseguro del 30%.	**Dentro de la red**: **Coseguro del 20%.** **Fuera de la red**: Coseguro del 30%.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
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%.	**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%.	**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, (Durable Medical Equipment, DME): Coseguro del 20%. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. Plantillas o zapatos terapéuticos: 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, (DME): Coseguro del 20%. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. Plantillas o zapatos terapéuticos: 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, (DME): Coseguro del 20%. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de $0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Suministros y Servicios para la Diabetes	**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, (DME): Coseguro del 30%. 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, (DME): Coseguro del 30%. 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, (DME): Coseguro del 30%. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. 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®.	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.	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.	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 $30. 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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Servicios 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 40%.	**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.	**Dentro de la red:** Copago de $0. **Fuera de la red:** Copago de $0.	**Dentro de la red:** Copago de $0. **Fuera de la red:** Copago de $0.
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.	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.	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.	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.	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	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.
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.	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.	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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	Costo compartido minorista preferido	**Costo compartido minorista preferido**	**Costo compartido minorista preferido**

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $10
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $37
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $35
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $90
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $10
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $37
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $35
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $90
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $2
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 22%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 22%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $20
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $74
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $70
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $180
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $20
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $74
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $70
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $180
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $4
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%

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	Nivel / **Suministro para 100 días**	**Nivel** / **Suministro para 100 días**	**Nivel** / **Suministro para 100 días**
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $0	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $0	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $0
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $30	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $30	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Coseguro del 22%
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Copago de $111	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Copago de $111	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Coseguro del 22%
	Medicamentos Selectos de Insulina / Copago de $105	Medicamentos Selectos de Insulina / Copago de $105	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Coseguro del 25%
	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Copago de $270	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Copago de $270	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 25%
	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 30%	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 30%	
	Costo Compartido Minorista Estándar	**Costo Compartido Minorista Estándar**	**Costo Compartido Minorista Estándar**
	Nivel / **Suministro para 30 días**	**Nivel** / **Suministro para 30 días**	**Nivel** / **Suministro para 30 días**
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $10	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $10	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $12
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $15	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $15	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Coseguro del 25%
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Copago de $47	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Copago de $47	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Coseguro del 25%
	Medicamentos Selectos de Insulina / Copago de $35	Medicamentos Selectos de Insulina / Copago de $35	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Coseguro del 25%
	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Copago de $100	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Copago de $100	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 25%
	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 30%	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 30%	

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $20
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $30
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $94
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $70
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $200
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $20
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $30
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $94
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $70
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $200
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

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%
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)	Copago de $45
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $141
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $105
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $300
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $5
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $45
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $141
Medicamentos Selectos de Insulina	Copago de $105
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $300
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 30%

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%

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
	Pedido por Correo	**Pedido por Correo**	**Pedido por Correo**
	Nivel / **Suministro para 100 días**	**Nivel** / **Suministro para 100 días**	**Nivel** / **Suministro para 100 días**
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $0	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $0	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) / Copago de $0
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $0	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $0	Nivel 2 (Medicamentos genéricos) / Copago de $0
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Copago de $110	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Copago de $110	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) / Coseguro del 22%
	Medicamentos Selectos de Insulina / Copago de $105	Medicamentos Selectos de Insulina / Copago de $105	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Coseguro del 25%
	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Copago de $270	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) / Copago de $270	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 25%
	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / 30% de coseguro	Nivel 5 (Medicamentos especializados) / Coseguro del 30%	
	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.	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.	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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Período sin Cobertura	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.	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.	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.
Monto de la Cobertura Catastrófica	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.	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.	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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS			
	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
Medicamentos Selectos de Insulina	Para el 2023, Clover Health Choice (PPO) (Plan 001) 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 $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.	Para el 2023, Clover Health Choice (PPO) (Plan 004) 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 $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.	Este plan no participa en el Senior Savings Model de la Parte D en 2023.

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

PROGRAMA DE RECOMPENSAS

	Clover Health Choice (PPO) (Plan 001)	Clover Health Choice (PPO) (Plan 004)	Clover Health Choice Value (PPO) (Plan 007)
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	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	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 001), Clover Health Choice (PPO) (plan 004),** y **Clover Health Choice Value (PPO) (plan 007)** depende de la renovación del contrato.
Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas 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_22EX039E1_M