

Clover

Plan Clover Health Choice PPO 026 de Georgia



Su Aviso Anual de Cambios:
Todos los detalles de su Plan
Clover Health Choice PPO de Georgia para 2019

Clover

Clover Health Choice (PPO) ofrecido por Clover Health

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente está inscrito como miembro de Clover Health GA Green (PPO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto indica cuáles son los cambios.*

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre tiene tiempo para realizar cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
 - 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 2 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 le afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos tienen un nivel diferente y un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos posee nuevas restricciones? Por ejemplo, ¿necesitan 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 2019 y consulte la Sección 2.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de costo más bajo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle dinero en costos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado incrementando 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 forman parte de nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores de los cuales usted recibe servicios?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores*.

Piense en los costos de atención médica en general.

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

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

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

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare, en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista que figura al dorso de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
- 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 su plan

Si desea **mantener** Clover Health GA Green (PPO), no necesita hacer nada. Usted seguirá teniendo Clover Health GA Green (PPO).

- Para cambiar a **otro plan distinto** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan nuevo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, usted seguirá teniendo Clover Health GA Green (PPO).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-657-1207. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., 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 feriados.
- Este documento puede estar disponible en letra grande. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Clover Health Choice (PPO)

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

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Clover Health Choice (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura*, disponible en forma electrónica, para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.**

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|--|--|
| Prima mensual del plan* *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles. | \$0 | \$0 |
| Montos máximos que usted paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles). | De proveedores de la red: \$6,700 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$6,700 | De proveedores de la red: \$5,900 De proveedores de la red y proveedores fuera de la red combinados: \$5,900 |
| Consultas al médico | Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta dentro de la red 35 % del costo total por consulta fuera de la red Consultas con un especialista: Copago de \$30 por consulta dentro de la red 35 % del costo total por consulta fuera de la red | Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta dentro de la red 30 % del costo total por consulta fuera de la red Consultas con un especialista: Copago de \$25 por consulta dentro de la red 30 % del costo total por consulta fuera de la red |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|---|
| <p>Hospitalizaciones Incluye atención aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> | <p>Copago de \$220 por día para los días 1 a 6 y copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización cubierta por Medicare de proveedores dentro de la red. 25 % del costo total para cada hospitalización cubierta por Medicare de proveedores fuera de la red.</p> | <p>Copago de \$270 por día para los días 1 a 6 y copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización cubierta por Medicare de proveedores dentro de la red. 20 % del costo total para cada hospitalización cubierta por Medicare de proveedores fuera de la red.</p> |
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p> | <p>Deducible: \$100 , que se aplica a los Niveles 3, 4 y 5</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$5/ Copago de \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$15/ Copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$45/ Copago de \$35 | <p>Deducible de \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para Estándar/Preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$5/ Copago de \$0 • Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$15/ Copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$47/ Copago de \$37 |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de Nivel 4: Copago de \$95/ Copago de \$85• Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 30 % para Preferido y Estándar | <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de Nivel 4: Copago de \$100/ Copago de \$90• Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 33 % para Preferido y Estándar |

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2019 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del plan | 5 |
| SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año..... | 5 |
| Sección 2.1: Cambios en la prima mensual | 5 |
| Sección 2.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo..... | 5 |
| Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores..... | 6 |
| Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias..... | 7 |
| Sección 2.5: Cambios en los beneficios y los costos para los servicios médicos | 8 |
| Sección 2.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | 24 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir..... | 30 |
| Sección 3.1: Si desea seguir con Clover Health Choice (PPO) | 30 |
| Sección 3.2: Si desea cambiar de plan..... | 30 |
| SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los planes..... | 31 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 32 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta..... | 32 |
| SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?..... | 33 |
| Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Clover Health Choice (PPO) | 33 |
| Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare..... | 33 |

SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del plan

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de Clover Health GA Green (PPO) a Clover Health Choice (PPO).

Usted recibirá una nueva tarjeta de membresía para 2019, que se la enviaremos por correo postal a su hogar. La tarjeta de identificación indicará el nuevo nombre del plan: Clover Health Choice (PPO). Tenga su tarjeta de membresía a mano cuando llame para programar una cita o se dirija a un centro médico para recibir atención.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0 | \$0 |

- Su prima mensual del plan será más costosa en caso de que tenga la obligación de pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura que sea, como mínimo, tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante un periodo de 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.

Sección 2.2: Cambios en los montos máximos que paga de su 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 que paga de su 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 | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|-----------------|---|
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | \$6,700 | <p>\$5,900</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,900 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores dentro de la red por el resto del año calendario.</p> |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>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.</p> | \$6,700 | <p>\$5,900</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,900 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B de proveedores dentro y fuera de la red por el resto del año calendario.</p> |

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/find-provider, hay disponible 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*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2019* para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en 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. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque puede que haya cambios en nuestra red de proveedores durante el año, Medicare exige que nosotros le proporcionemos a usted acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle con, al menos, 30 días de anticipación un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- 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, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4: Cambios en 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 que ofrecen costo compartido preferido, lo cual podría ofrecerle un costo compartido inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.cloverhealth.com/en/members/find-provider. 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 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 2.5: Cambios en los beneficios y los costos para 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 2019*.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios de ambulancia | <p>Usted paga un copago de \$300 por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$300 por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$220 por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$220 por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare.</p> |
| Servicios de rehabilitación cardíaca | <p>Usted paga un copago de \$30 por cada servicio de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada servicio cardíaco y de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por cada servicio de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada servicio cardíaco y de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare fuera de la red.</p> |
| Servicios de quiropráctica | Usted paga el 35 % del costo total para cada consulta cubierta por Medicare fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada consulta cubierta por Medicare fuera de la red. |
| Prueba de detección de cáncer colorrectal | Usted paga el 35 % del costo total para cada enema de bario cubierto por Medicare fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada enema de bario cubierta por Medicare fuera de la red. |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Servicios odontológicos | Servicios odontológicos preventivos: | Servicios odontológicos preventivos: |
| Usted debe ver a un proveedor de DentaQuest para usar el beneficio odontológico preventivo e integral no cubierto por Medicare. | El plan cubre hasta \$50 por 1 radiografía cada año. | El plan cubre hasta \$105 por 1 radiografía cada año. |
| | El plan cubre hasta \$20 por cada examen odontológico, hasta 2 por año. | El plan cubre hasta \$25 por cada examen odontológico, hasta 2 por año. |
| | El plan cubre hasta \$20 por cada limpieza, hasta 2 por año. | El plan cubre hasta \$30 por cada limpieza, hasta 2 por año. |
| | Los tratamientos con flúor <u>no</u> están cubiertos. | El plan cubre hasta \$15 por cada tratamiento de flúor, hasta 2 por año. |
| | El plan cubre hasta \$130 para servicios odontológicos preventivos fuera de la red. | El plan cubre hasta \$245 por año para servicios odontológico preventivos fuera de la red. |
| | Servicios odontológicos integrales: | Servicios odontológicos integrales: |
| | Usted paga el 35 % del costo total para servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare durante una hospitalización de gravedad fuera de la red si son médicamente necesarios. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. | Usted paga el 30 % del costo total para servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare durante una hospitalización de gravedad fuera de la red si son médicamente necesarios. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. |
| | Los servicios odontológicos integrales no rutinarios <u>no</u> están cubiertos. | Usted paga un copago de \$20 por servicios odontológicos integrales no rutinarios dentro y fuera de la red. |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|---|
| Servicios odontológicos (continuación) | Los servicios odontológicos integrales de diagnóstico <u>no</u> están cubiertos. | Usted paga un copago de \$20 por servicios odontológicos integrales de diagnóstico dentro y fuera de la red. |
| | Los servicios odontológicos integrales de restauración <u>no</u> están cubiertos. | Usted paga un copago de \$20 por servicios odontológicos integrales de restauración dentro y fuera de la red. |
| | La endodoncia <u>no</u> está cubierta. | Usted paga un copago de \$20 por cada endodoncia dentro y fuera de la red. |
| | La periodoncia <u>no</u> está cubierta. | Usted paga un copago de \$20 por cada periodoncia dentro y fuera de la red. |
| | Las extracciones <u>no</u> están cubiertas. | Usted paga un copago de \$20 por cada extracción dentro y fuera de la red. |
| | La prostodoncia, otras cirugías orales y maxilofaciales y otros servicios <u>no</u> están cubiertos. | Usted paga un copago de \$20 por prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios dentro y fuera de la red. |
| | | El plan cubre hasta \$1,000 cada año por servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red después de que usted pague un copago de *\$20 por cada servicio. |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> | <p>Usted paga el 35 % del costo total de las tiras y monitores para diabéticos de un proveedor de equipo médico duradero (DME) dentro o fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total de la capacitación en diabetes, zapatos para diabéticos y plantillas cubiertos por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total de las tiras y monitores para diabéticos de un proveedor de equipo médico duradero (DME) dentro o fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total de la capacitación en diabetes, zapatos para diabéticos y plantillas cubiertos por Medicare fuera de la red.</p> |
| <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> | <p>Usted paga el 20 % del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare fuera de la red.</p> |
| <p>Atención de emergencia</p> | <p>Usted paga un copago de \$75 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$90 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios auditivos</p> | <p>Usted paga un copago de \$30 para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare fuera de la red.</p> |
| <p>Atención médica a domicilio</p> | <p>Usted paga 35 % del costo total fuera de la red para los servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total fuera de la red para los servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| Atención para pacientes hospitalizados | <p>Usted paga un copago de \$220 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 25 % del costo total para cada hospitalización fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$270 por día para los días 1 a 6 y un copago de \$0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para cada hospitalización fuera de la red.</p> |
| Atención de salud mental para pacientes hospitalizados | <p>Usted paga un copago de \$220 por día para los días 1 a 6 de cada hospitalización dentro de la red.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 365 de cada hospitalización dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 25 % del costo total para cada hospitalización fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$270 por día para los días 1 a 6 de cada hospitalización dentro de la red.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 de cada hospitalización dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para cada hospitalización fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|--|
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> | <p>Usted paga el 35 % del costo total fuera de la red de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y su administración.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total de otros medicamentos de la Parte B y su administración cubiertos por Medicare fuera de la red.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare <u>no</u> están sujetos a una terapia escalonada.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y su administración fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total de otros medicamentos de la Parte B y su administración cubiertos por Medicare fuera de la red.</p> <p>Antes de comenzar una terapia con medicamentos para tratar una condición médica mediante medicamentos específicos, verificaremos que los medicamentos sean de primera línea en términos de seguridad y rentabilidad, antes de pasar a otros que podrían tener más efectos secundarios o riesgos, o ser más costosos.</p> |
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> | <p>Usted paga un copago de hasta \$30 para cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de hasta \$10 para cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada radiología cubierta por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio fuera de la red.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</p> | <p>Usted paga un copago de hasta \$50 para cada procedimiento y prueba de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare dentro de la red en un consultorio y un copago de hasta \$150 para cada procedimiento y prueba de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare dentro de la red en un centro ambulatorio.</p> | <p>Usted paga un copago de hasta \$35 para cada procedimiento y prueba de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare dentro de la red en un consultorio y un copago de hasta \$150 para cada procedimiento y prueba de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare dentro de la red en un centro ambulatorio.</p> |
| | <p>Usted paga el 35 % del costo para cada procedimiento y prueba de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare fuera de la red en un consultorio o un centro ambulatorio.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada procedimiento y prueba de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare fuera de la red en un consultorio o un centro ambulatorio.</p> |
| | <p>El copago de la mamografía diagnóstica <u>no</u> se exime si se realiza una mamografía de detección el mismo día.</p> | <p>El copago de la mamografía diagnóstica se exime si se realiza una mamografía de detección el mismo día dentro de la red.</p> |
| | <p>Usted paga un copago de \$60 por cada servicio de radiografía terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio dentro de la red.</p> | <p>Usted paga el 20 % del costo total por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio dentro de la red.</p> |
| | <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare fuera de la red en un consultorio o un centro ambulatorio.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare fuera de la red en un consultorio o un centro ambulatorio.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--------------|--|---|
| | Usted paga el 20 % del costo total para los suministros cubiertos por Medicare fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para los suministros cubiertos por Medicare fuera de la red. |
| | Usted paga un copago de \$10 para cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare dentro de la red. | Usted paga un copago de \$0 para cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare dentro de la red. |


| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) | Usted paga el 35 % del costo total para cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare fuera de la red. |
| | Usted paga el 35 % del costo total fuera de la red para los servicios de extracción de sangre cubiertos por Medicare. | Usted paga el 30 % del costo total fuera de la red para los servicios de extracción de sangre cubiertos por Medicare. |
| | Usted paga un copago de \$10 para cada consulta de pruebas de alergias y tratamiento dentro de la red. | Usted paga un copago de \$0 para cada consulta de pruebas de alergias y tratamiento dentro de la red. |
| | Usted paga el 35 % del costo total para cada consulta de pruebas de alergia y tratamiento fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada consulta de pruebas de alergia y tratamiento fuera de la red. |
| | Usted paga el 35 % del costo total para cada ECG fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada ECG fuera de la red. |
| | Usted paga un copago de \$50 por cada servicio de diagnóstico de masa ósea cubierto por Medicare dentro de la red. | Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico de masa ósea cubierto por Medicare dentro de la red. |
| | Usted paga el 35 % del costo total por cada servicio de diagnóstico de masa ósea cubierto por Medicare fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total por cada servicio de diagnóstico de masa ósea cubierto por Medicare fuera de la red. |
| | Usted paga un copago de hasta \$225 para cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare dentro de la red en un consultorio o centro | Usted paga un copago de hasta \$200 para cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare dentro de la red en un consultorio o centro |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|--|--|
| | <p>ambulatorio.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare fuera de la red en un consultorio o un centro ambulatorio.</p> | <p>ambulatorio.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare fuera de la red en un consultorio o un centro ambulatorio.</p> |
| <p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> | <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare fuera de la red.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|--|--|
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos | <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada consulta de fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada consulta de fisioterapia y logopedia cubierta por Medicare fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare fuera de la red.</p> |
| Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos | <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare fuera de la red.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| Cirugía ambulatoria, incluso servicios brindados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios | <p>Usted paga un copago de \$200 por cada servicio cubierto por Medicare dentro de la red en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> | <p>Usted paga un copago de \$275 por cada servicio cubierto por Medicare dentro de la red en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> |
| | <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada servicio fuera de la red cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada servicio fuera de la red cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> |
| | <p>Usted paga un copago de \$290 por cada servicio cubierto por Medicare dentro de la red en un centro ambulatorio.</p> | <p>Usted paga un copago de \$275 por cada servicio cubierto por Medicare dentro de la red en un centro ambulatorio.</p> |
| | <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada servicio fuera de la red cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada servicio fuera de la red cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.</p> |
| | <p>Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección, se aplicará el costo compartido de cirugía ambulatoria.</p> | <p>Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección dentro de la red, no se aplicará el copago de cirugía.</p> |
| | <p>Usted paga un copago de \$75 para cada servicio de observación dentro de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$90 por cada servicio de observación dentro de la red cubierto por Medicare o un copago de \$275 por cada servicio de observación dentro de la red cubierto por Medicare que conduzca</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Cirugía ambulatoria, incluso servicios brindados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación) | <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada servicio de observación fuera de la red.</p> | <p>a una cirugía ambulatoria. Usted paga el 30 % del costo total para cada servicio de observación fuera de la red cubierto por Medicare.</p> |
| Artículos de venta libre | <p>Los artículos de venta libre <u>no</u> están cubiertos.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 para ciertos artículos de venta libre (OTC). El plan cubre hasta \$40 cada 3 meses para determinados artículos OTC. Limitado a un (1) pedido cada tres meses. Cualquier monto de cobertura de beneficios no utilizado no se acumulará. Administrado por OTC Health Solutions. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener más detalles.</p> |
| Servicios de hospitalización parcial | <p>Usted paga un copago de \$30 por cada servicio dentro de la red cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada servicio cubierto por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por cada servicio cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada servicio fuera de la red cubierto por Medicare.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> | <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada consulta a un proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada consulta a un proveedor de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare fuera de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare fuera de la red.</p> |
| <p>Servicios de podiatría</p> | <p>Usted paga un copago de \$30 para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare fuera de la red.</p> |
| <p>Servicios preventivos</p> <p> Verá esta manzana junto a los servicios preventivos cubiertos por Medicare en el cuadro de beneficios médicos de la Evidencia de la cobertura, en el Capítulo 4.</p> | <p>Para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, usted paga el 35 % del costo total fuera de la red.</p> | <p>Para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, usted paga el 30 % del costo total fuera de la red.</p> |
| <p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> | <p>Usted paga el 35 % del costo total para un examen rectal digital anual fuera de la red.</p> | <p>Usted paga el 30 % del costo total para un examen rectal digital anual fuera de la red.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Dispositivos protésicos y suministros relacionados | Usted paga el 20 % del costo total para los artículos cubiertos por Medicare fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para los artículos cubiertos por Medicare fuera de la red. |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | <p>Usted paga un copago de \$30 para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total para cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare fuera de la red.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare dentro de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total para cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare fuera de la red.</p> |
| Servicios para tratar enfermedades renales | <p>Usted paga el 35 % del costo total de la diálisis renal ambulatoria, equipos y suministros cubiertos por Medicare fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 35 % del costo total por cada servicio educativo sobre enfermedades renales fuera de la red cubierto por Medicare.</p> | <p>Usted paga el 20 % del costo total de la diálisis renal ambulatoria, equipos y suministros cubiertos por Medicare fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 30 % del costo total por cada servicio educativo sobre enfermedades renales fuera de la red cubierto por Medicare.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) | Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 de cada hospitalización dentro de la red. | Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 de cada hospitalización dentro de la red. |
| | Copago de \$145 por día para los días 21 a 100 de cada hospitalización dentro de la red. | Copago de \$172 por día para los días 21 a 100 de cada hospitalización dentro de la red. |
| | Usted paga el 35 % del costo total para cada hospitalización fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada hospitalización fuera de la red. |
| Terapia de ejercicio supervisado (SET) | La Terapia de ejercicio supervisado (SET) para la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) <u>no</u> está cubierta. | Usted paga un copago de \$25 por cada sesión de SET para la PAD cubierto por Medicare dentro de la red. Usted paga el 30 % del costo total por cada sesión de SET para la PAD cubierto por Medicare dentro de la red. |
| Servicios de urgencia | Usted paga un copago de \$30 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro y fuera de la red. | Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro y fuera de la red. |
| Atención de la visión Usted debe ver a un proveedor de EyeQuest para usar los beneficios de rutina. | Usted paga un copago de \$30 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares dentro de la red. | Usted paga un copago de \$25 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares dentro de la red. |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| Atención de la visión (continuación) | Usted paga el 35 % del costo total para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares fuera de la red. | Usted paga el 30 % del costo total para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares fuera de la red. |
| | Usted paga el 35 % del costo total de un examen de detección de glaucoma fuera de la red por año. | Usted paga el 30 % del costo total de un examen de detección de glaucoma fuera de la red por año. |
| | El plan cubre hasta \$50 para un examen de la visión de rutina dentro y fuera de la red. | El plan cubre hasta \$75 para un examen de la visión de rutina por año dentro y fuera de la red. |
| | Usted paga el 20 % del costo total para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare fuera de la red luego de cada cirugía de cataratas. | Usted paga el 30 % del costo total para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare fuera de la red luego de cada cirugía de cataratas. |
| | Nuestro plan pagará hasta \$150 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina. | Nuestro plan pagará hasta \$100 al año por anteojos o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red. |

Sección 2.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en 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 de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.

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

En algunos casos, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membrecía para evitar una interrupción en el tratamiento. Para 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (LTC) ahora recibirán un suministro temporal que es igual al suministro temporal en días provisto en todos los demás casos: suministro de 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad provista en 2018 (suministro de 98 días de medicamentos). (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.

Las excepciones actuales al formulario no están cubiertas para el próximo año. Para continuar accediendo a estas excepciones de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

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

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.

A partir de 2019, podremos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel o en un nivel inferior de costo compartido y con las mismas restricciones o

menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo genérico (o si cambia el nivel o las restricciones del medicamento de marca), ya no siempre recibirá aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos, ni obtendrá un reabastecimiento de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede que esta llegue después de que se haga el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de hacer otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que requieran que le avisemos con anticipación si está tomando un medicamento, le avisaremos con 30 días de anticipación, en lugar de 60 días, antes de que hagamos el cambio. O le daremos un reabastecimiento de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

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, Sección 6 de la Evidencia de la cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a 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 a usted.** Le hemos enviado un inserto separado que se denomina “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en la que se le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto antes del 30 de septiembre, póngase en contacto con Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los Miembros.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que pague por un medicamento de la Parte D dependerá de en qué etapa de pago de medicamentos usted se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *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 las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, disponible en forma electrónica).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|--|
| Etapa 1: Etapa del deducible anual | <p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$5 y \$15 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y genéricos de Nivel 2 en farmacias estándar, \$0 y \$10 de costo compartido por medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y genéricos de Nivel 2 en farmacias preferidas, y el costo total de medicamentos de marca preferida de Nivel 3, medicamentos no preferidos de Nivel 4 y medicamentos de especialidad de Nivel 5 hasta que usted haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.</p> |

Cambios en el costo compartido de 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 | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial | <p>El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por medicamento con receta.</p> | <p>El costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red es el siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por medicamento con receta.</p> |
| <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> | <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> | <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> |
| <p>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.</p> | <p>Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p> | <p>Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p> |
| | <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> | <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> |

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>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 <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$45 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$35 por medicamento con receta.</p> | <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$37 por medicamento con receta.</p> |
| <p>Hemos cambiado el nivel para algunos de los medicamentos de su Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos se incluirán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Medicamentos no preferidos (Nivel 4): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$85 por medicamento con receta.</p> | <p>Medicamentos no preferidos (Nivel 4): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$90 por medicamento con receta.</p> |
| | <p>Medicamentos de especialidad (Nivel 5): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 30 % del costo total.</p> | <p>Medicamentos de especialidad (Nivel 5): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> |
| | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen la cantidad de \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen la cantidad de \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> |

Cambios en la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) 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 en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

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

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe a un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar cambios para el 2019, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se unirá a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), 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 <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí, podrá encontrar información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese 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, inscríbese 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:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los Miembros (en la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
 - *O BIEN*, ponerse en contacto con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los 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 vigor el 1 de enero de 2019.

¿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*.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 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 cambiarse al Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Georgia, el SHIP se denomina Georgia Cares.

Georgia Cares es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de Georgia Cares pueden atender las preguntas o los problemas que tenga con respecto a Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de sus planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar los planes. Puede llamar a Georgia Cares al 1-866-552-4464, opción 4. Para obtener más información sobre Georgia Cares, visite su sitio web (www.mygeorgiacares.org).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

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

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los Miembros al 1-888-657-1207. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., 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 feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (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 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 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. Se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura* en forma electrónica.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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


Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare en (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). 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 usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Clover está aquí para ayudarle.

 **¿Tiene alguna pregunta? 1-888-657-1207 (TTY 711),**
de 8am a 8pm, hora local, los 7 días de la semana*

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

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Si desea obtener más información, llame al 1-888-657-1207 (TTY 711).

Tenga en cuenta que los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de Clover, excepto en situaciones de emergencia. Llame a Servicios para los miembros o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Clover Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 1-888-657-1207 (TTY 711). Clover Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-657-1207 (TTY 711).

Clover Health 遵守適用的聯邦民權法律規定,不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。
小貼士:如果您說普通話,歡迎使用免費語言協助服務。請撥 1-888-657-1207 (TTY 711)。

Y0129_8MX030A6_SP_M