

# **Clover** **Georgia**

## **Resumen de beneficios 2018**



Disponible en el condado de Chatham



2018

# Resumen de beneficios

## Clover Health GA Green (PPO)

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Clover Health GA Green (PPO) para el año del plan: 1 de enero de 2018 - 31 de diciembre de 2018.

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, solicite la "Evidencia de cobertura".

This information is available for free in other languages. This document is available in other formats such as Braille and large print. Please call our Member Services Department at 1-888-657-1207 (TTY users should call 711). Hours are 8 am–8 pm, local time, 7 days a week. From February 15 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on the weekends and holidays.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios al cliente llamando al 1-888-657-1207 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener más información. Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana. Entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días festivos.

Clover Health tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recibe los servicios de proveedores que no son parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

Para obtener información acerca de los medicamentos con receta cubiertos, consulte el Formulario del plan. Para obtener información acerca de los proveedores y farmacias de nuestra red, puede solicitar que se le envíe por correspondencia un directorio actual llamando a Servicios para los miembros (el número de teléfono se indicó anteriormente), o bien puede buscar un proveedor o descargar el directorio de proveedores desde <https://www.cloverhealth.com/en/members/findprovider>.

Para inscribirse en Clover Health, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Georgia: Chatham.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual **“Medicare y usted”** vigente. Puede consultarlo en Internet en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Clover Health GA Green (PPO) 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. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

H5141\_026\_SB\_18\_SP\_Accepted

## QUÉ ESPERAR DE CLOVER

Los planes de Clover brindan beneficios pensados para su salud y son diferentes de aquellos que ofrece Medicare Original. Estamos aquí para ayudarle a entender su cobertura y atención. El documento de su Evidencia de cobertura (EOC) es la referencia sobre lo que cubre su plan.

En este Resumen de beneficios, se explica cómo puede obtener más información acerca de su plan y cobertura: Medical (Parte C), Beneficios complementarios y Farmacia (Parte D). Cada sección contiene información sobre los beneficios de su plan, seguida de una tabla que resume estos beneficios y su parte del costo. Si tiene más preguntas, llame al Departamento de Servicios para los miembros de Clover al 1-888-657-1207 para obtener más ayuda.

## CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS

Clover se comunica con los miembros por teléfono y correspondencia. Podemos recibir comunicaciones de parte de los miembros por fax.

Ofrecemos recursos y servicios gratuitos a las personas que necesitan ayuda adicional para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Información escrita en otros formatos (tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de 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 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.

Si considera que Clover Health no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Clover Health Attention: Appeals and Grievances PO Box 471 Jersey City, NJ 07303 Teléfono: 1-800-657-1207 Fax: [1-866-508-0865](tel:1-866-508-0865).

Puede presentar un reclamo por correspondencia o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de apelaciones y reclamos de Clover Health está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correspondencia o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH

Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## CUÁNDO Y POR QUÉ CONTACTAR A CLOVER

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de Clover y su cobertura, la atención que recibe, o si necesita ayuda adicional para pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros de Clover al 1-888-657-1207. Atendemos los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.

Estos son algunos ejemplos de cómo puede ayudar el Departamento de Servicios para los miembros:

- Uso del documento de Evidencia de cobertura para que entienda sus beneficios
- Información acerca de qué cubre su plan
- Estimación del costo de los servicios o artículos cubiertos
- Acceso a la atención
- Comprensión de nuestra red de proveedores
- Uso de nuestros beneficios complementarios, como dentales, auditivos y para la visión, e incentivos
- Actualización de su dirección u otra información demográfica
- Obtención de ayuda adicional para pagar su atención médica

También puede visitar nuestro sitio web en <https://www.cloverhealth.com> para buscar recursos adicionales.

- Verifique los beneficios para cada uno de nuestros planes
- Utilice nuestra base de datos de proveedores para localizar a un médico
- Vea el formulario de su plan
- Acceda a copias digitales de los documentos del plan

## COMPRENSIÓN DE LOS LUGARES DE SERVICIO

Su parte del costo para algunos de nuestros beneficios varía en función de dónde se presten los servicios. Cuando sea médicamente apropiado, es posible que pueda analizar de antemano con su proveedor el lugar del servicio para algunos beneficios. A continuación, se encuentran algunos ejemplos de lugares de servicio:

- **Hospital:** un centro, que no sea psiquiátrico, que proporcione principalmente servicios terapéuticos (quirúrgicos y no quirúrgicos), de diagnóstico y de rehabilitación a cargo de médicos o bajo su supervisión, a pacientes admitidos por una variedad de afecciones médicas.
- **Centro quirúrgico ambulatorio (ASC):** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos

que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

- **Consultorio:** sitio, que no sea un hospital, un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de tratamiento militar, un centro de salud comunitario, una clínica de salud pública estatal o local, o un centro de atención intermedia (ICF), en el que cual el profesional de la salud brinda de manera rutinaria exámenes de salud, diagnósticos y tratamientos de enfermedades o lesiones de forma ambulatoria.
- **Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF):** servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

## GLOSARIO DE OTROS TÉRMINOS IMPORTANTES

A esto nos referimos cuando usamos los siguientes términos en este documento (para obtener una lista completa de los términos, consulte la sección del glosario de su Evidencia de cobertura):

**Coseguro:** un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de pagar los deducibles. El coseguro es normalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido, más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

**Costo compartido:** los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan, si corresponde). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

**Nivel de costo compartido:** cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Deducible:** el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del Plan”):** una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Departamento de Servicios para los miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que “paga de su bolsillo” un miembro.

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Autorización previa:** la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una “autorización previa” de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con su plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura, se señalan los servicios cubiertos para los que se necesita autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.



## DOCUMENTOS DEL PLAN

Esté atento a su buzón de correo. Algunos de nuestros recursos únicamente se enviarán por correspondencia, incluidos los documentos de la Explicación de beneficios (EOB) que describen los servicios o artículos que ha recibido para sus registros.

Otros documentos, como el Resumen de beneficios y la Evidencia de cobertura (EOC) también se envían por correspondencia, pero en Internet se encuentran copias disponibles.

Este documento, el Resumen de beneficios, es una guía sobre cómo usar sus beneficios de Clover. Es una gran fuente de información acerca de cómo acceder a la atención, acerca de la estructura de su plan y acerca de Medicare y Medicare Advantage. El Resumen de beneficios proporciona el contexto para un documento de Evidencia de cobertura más detallado.

El documento de la Evidencia de cobertura es su referencia para comprender lo que cubre su plan. Describe en detalle qué servicios y artículos puede pagar Clover, además de cuánto deberá pagar usted por cada uno de ellos.

El Aviso anual de cambios (ANOC) es un documento que Clover usa para describir los cambios de rutina que se realizan en su plan. Enviamos el Aviso anual de cambios a su domicilio el 30 de septiembre para mantenerlo al tanto de cualquier cambio en sus beneficios.

## TARJETAS DE MEMBRESÍA

### **Tarjeta de membresía de Clover**

Como miembro de Clover, debe llevar consigo su tarjeta de membresía de Clover siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan, incluso en farmacias. Para ver un ejemplo de su tarjeta de membresía, consulte su EOC.

## A QUIÉN CONTACTAR

### **Departamento de Servicios para los miembros de Clover**

Nuestro Departamento de Servicios para los miembros está aquí para responder preguntas acerca de cómo los beneficios de su plan se relacionan con sus circunstancias únicas. Podemos analizar su cobertura, responder preguntas sobre responsabilidad financiera o facturación, conectarlo con los recursos de asistencia clínica y comunitarios e, incluso, resolver cualquier problemática sobre su atención. Nuestro objetivo es ayudarlo a entender su cobertura y a planificar su atención médica más fácilmente.

También podemos responder preguntas por correspondencia:

Clover Health, Attention: Member Services, PO Box 471, Jersey City, NJ 07303.

## **Equipo clínico de Clover**

Nuestro Equipo clínico trabaja en su comunidad y está disponible para realizar consultas en su domicilio, u otro sitio que usted elija, para abordar sus inquietudes únicas sobre salud. El equipo clínico de Clover ofrece un enfoque personalizado y un servicio de atención médica diferente al que podría recibir en el consultorio de su proveedor.

## **Consulta de atención de Clover (CCV)**

Para respaldar su bienestar a lo largo de todo el año, Clover ofrece un seguimiento anual denominado Consulta de atención de Clover (CCV). Esto puede incluir un examen físico, una revisión de los diagnósticos y medicamentos anteriores y actuales, y una oportunidad para abordar sus inquietudes y preguntas. Para programar una Consulta de atención de Clover con una persona de nuestro equipo, llámenos al [1-888-778-1478](tel:1-888-778-1478).

## **Más programas clínicos**

Si necesita más atención que la que puede recibir con sus proveedores regulares, infórmenos. En determinadas circunstancias, Clover puede ofrecer atención adicional más allá de lo descrito aquí.

## **COMPRENSIÓN DE SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Además de lo que su plan paga por su atención, es posible que usted deba asumir la responsabilidad de una parte del costo de su atención: esto se denomina “costo compartido”. Es posible que deba pagar su costo compartido en el momento del servicio.

Recibirá una Explicación de beneficios (EOB) por correspondencia, donde se indicarán los servicios o artículos que recibirá y cuánto cuestan. La EOB no es una factura. Si necesita acudir a un hospital para recibir atención, puede solicitar de antemano una estimación de cuánto deberá pagar. Puede obtener más información sobre los costos compartidos para servicios específicos en su documento de Evidencia de cobertura.

En caso de un episodio médico, puede realizar una transición entre distintos servicios y niveles de atención. Su Evidencia de cobertura puede ayudarle a entender cómo funcionan sus beneficios en una emergencia médica. El siguiente ejemplo  **ficticio**  muestra cómo estimar su responsabilidad financiera mediante los costos compartidos que se describen en su EOC:

*La Sra. Forest es un miembro de Clover del condado de Bergen, Nueva Jersey. En enero, la Sra. Forest se resbaló sobre el hielo y se quebró la cadera. Su vecino la traslada a la sala de emergencia, donde se la admite en el hospital para que se le realice una cirugía ese mismo día. Se recuperó en el hospital durante tres días y fue derivada a un centro de atención de enfermería especializada durante 7 días para recibir fisioterapia y terapia ocupacional diariamente con el fin de rehabilitar su cadera.*

*La responsabilidad financiera total de la Sra. Forest como miembro es la suma de los siguientes costos compartidos por los servicios que recibió:*

- *Una consulta de atención de emergencia = copago de \$75 por consulta, no se aplica si fue hospitalizada*
- *Hospitalización de 3 días = copago de \$290 por día (\$290 x 3 días = copago de \$870)*
- *Estadía de 7 días en centro de atención de enfermería especializada = copago de \$0 por estadía (ya que el miembro no excedió los 20 días de estadía)*
  - *Costo compartido total del miembro = \$870 (no se aplica el copago de atención de emergencia de \$75)*

Lo anterior es un ejemplo, y los montos descritos pueden ser distintos a lo que cubre su plan. El documento de Evidencia de cobertura (EOC) relacionado con su plan es su mejor herramienta para estimar su responsabilidad financiera para cualquier servicio determinado. Si tiene más preguntas o inquietudes, estaremos encantados de ayudarle a estimar su responsabilidad financiera. Llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207).

## **EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) Y FACTURAS DEL PROVEEDOR**

Puede ser sencillo confundir una Explicación de beneficios (EOB) con una factura del proveedor. Clover envía la EOB por correspondencia. Su médico es quien le envía una factura del proveedor por correspondencia.

### **Explicación de beneficios (EOB)**

Después de una cita, procedimiento o prueba, su proveedor enviará a Clover los montos que cobrará por los servicios que usted recibió con el fin de que le sean reembolsados: esto se denomina “reclamación”. Nosotros procesamos la reclamación de acuerdo con los beneficios de su plan y enviamos el pago a su proveedor. A continuación, enviaremos por correspondencia una Explicación de beneficios (EOB) a su domicilio para mostrarle cómo se aplicó el pago: cuánto cobró el médico por los servicios, cuánto paga Clover y cuánto paga usted. La EOB no es una factura. Es una descripción general de la atención que recibió y una explicación del pago, que incluye los servicios cubiertos o no cubiertos.

Cuando reciba una EOB, verifique que la información sea precisa, incluida la información sobre su proveedor y el centro. Si observa alguna discrepancia o tiene preguntas adicionales sobre su EOB, llame a nuestro equipo de Servicios para los miembros para obtener ayuda al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207).

### **Facturas del proveedor**

Cuando consulte a un médico, el proveedor le dará una factura cuando se retire del consultorio o le enviará una factura por correspondencia. A menudo, usted pagará el costo compartido o copago mientras se encuentre en el consultorio.

El proveedor le presentará una reclamación a Clover y le enviará a usted una factura si considera que usted debe pagar un monto adicional. En ocasiones, es posible que reciba una factura de un

proveedor que no consultó, como un laboratorio o un radiólogo. Si alguna vez cree que una factura de proveedor no es precisa, o que se le solicita pagar algo que debería estar cubierto, llame a nuestro equipo de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207).

## **CÓMO UTILIZAR CLOVER CON OTRO SEGURO**

Muchos de nuestros miembros tienen otro seguro aparte de Clover. Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Es importante informar a su médico, hospital y farmacia que usted tiene más de un plan de seguro. En función de lo que cubre cada plan, su proveedor puede determinar cómo presentar reclamaciones de manera adecuada para que se compensen los servicios y artículos que usted recibió. Si tiene preguntas adicionales sobre cómo usar Clover con otro seguro, llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207).

## **BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS**

Los planes de Clover ofrecen todos los beneficios de Medicare Original, además del acceso a beneficios complementarios que incluyen algunos de los servicios y artículos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia para mantenerse saludables. Nos hemos asociado con terceros para ofrecer algunos de estos beneficios especializados, que incluyen beneficios dentales, auditivos y para la visión, y de preparación física. Estos beneficios complementan los servicios de diagnóstico dentales, auditivos y para la visión o aquellos cubiertos por Medicare. Consulte la EOC de su plan para conocer los servicios y costos específicos. Para todo lo demás, Clover trabajará directamente con su proveedor para garantizar que reciba la atención que necesita. Consulte los beneficios complementarios que puede ofrecerle Clover en las siguientes categorías.

### **Beneficios complementarios para la visión**

Clover cubre un examen de la vista de rutina por año y una prestación anual para monturas de anteojos, lentes o lentes de contacto a través de nuestro proveedor EyeQuest. El monto que debe pagar por anteojos o lentes de contacto depende del costo de los anteojos que elija. Lo siguiente son solo ejemplos para mostrarle cómo se calcula su parte del costo. Sus beneficios reales pueden ser diferentes. Revise los Beneficios complementarios para la visión de su plan en la cuadrícula de las páginas siguientes para conocer los montos de cobertura exactos de su plan.

- Ejemplo 1: Si su plan tiene un copago de \$20 y cubre hasta \$100, y usted elige anteojos que cuestan \$95
  - Usted paga el copago de \$20.
  - Clover paga: \$75 hasta el costo total de los anteojos
    - Costo total: \$75 + \$20 = costo de los anteojos de \$95
- Ejemplo 2: Si su plan tiene un copago de \$20 y cubre hasta \$100, y usted elige lentes de contactos que cuestan \$200
  - Usted paga el copago de \$20.
  - Clover paga: \$100, hasta el máximo del beneficio Aún queda un saldo de \$80 en los lentes que eligió.
  - Usted paga el saldo restante de \$80, además de su copago.
    - Costo total: \$100 + \$20 + \$80 = costo de los lentes de contacto de \$200

### **Beneficios complementarios auditivos**

Aunque Medicare Original no cubre servicios auditivos de rutina, su plan de Clover sí lo hace. Creemos en el tratamiento temprano de la pérdida auditiva. Clover trabaja junto a TruHearing para brindar valiosos servicios auditivos a bajo costo: un examen auditivo de rutina por año, dos audífonos y tres consultas al proveedor durante el primer año siguiente a la recepción de su audífono. Para ver los costos compartidos asociados, consulte los beneficios detallados en su EOC o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207).

Los beneficios complementarios auditivos incluyen los siguiente servicios y costos compartidos:

- Un examen auditivo de rutina por año con un proveedor de TruHearing, copago de \$0
- Dos audífonos de TruHearing por año, uno para cada oído:
  - Audífono Flyte Advanced, copago de \$699 por cada audífono, o;
  - Audífono Flyte Premium, copago de \$999 por cada audífono
- Tres consultas al proveedor de TruHearing durante el primer año posterior a la compra del audífono
- Período de prueba de 45 días, garantía extendida de 3 años y 48 baterías por audífono

### **Beneficios complementarios dentales**

La atención odontológica de calidad es una parte fundamental de su salud general. Clover se ha asociado con DentaQuest para ofrecer servicios odontológicos de rutina. Par conocer los demás servicios cubiertos por Medicare para el tratamiento de una afección, enfermedad o lesión dental en un hospital, consulte su EOC.

Los beneficios complementarios dentales incluyen los siguiente servicios:

- Dos exámenes bucales por año, copago de \$0
- Dos limpiezas dentales por año, copago de \$0
- Una radiografía dental por año, copago de \$0

## **Gimnasio**

Todos los miembros de Clover reciben acceso a Silver Sneakers, un programa que ofrece a los miembros acceso gratuito a una red de gimnasios. Los gimnasios de Silver Sneakers ofrecen actividades como natación recreativa, actividades aeróbicas, servicios de control del peso, asesoramiento sobre nutrición y programas de acondicionamiento físico individualizados. Para obtener más información acerca del programa y conocer los gimnasios de la red de Silver Sneakers, visite <https://www.silversneakers.com/> o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207.

## **Telemedicina**

Teladoc es el socio de Clover para los servicios de telemedicina. Con Teladoc, puede coordinar una consulta con un médico o un profesional de salud mental certificado desde la comodidad de su hogar. Puede hablar por teléfono o video con un proveedor que pueda tratar sus síntomas menores, como el resfriado, gripe, alergias, infecciones; o inquietudes de salud conductual de leves a moderadas. Teladoc no reemplaza la relación que mantiene con su proveedor de atención primaria (PCP), y en el caso de afecciones graves o crónicas, le recomendamos que coordine el uso de Teladoc con la atención que recibe de su equipo de atención regular. *Obtenga más información sobre Teladoc llamando al 1-800-835-2362, o visite <https://www.teladoc.com/>.*

*Para programar una cita con un especialista en salud mental, disponible de lunes a viernes, de 8am a 5pm, puede inscribirse en línea en <https://www.teladoc.com/>.*

## **Recompensas e incentivos**

Ofrecemos recompensas cuando participa en determinados servicios de Clover con el fin de promover los hábitos saludables. Para obtener más detalles acerca de las actividades elegibles e instrucciones para registrarse en nuestro programa de recompensas, Recompensas Hello to Healthy de Clover, consulte el Kit de bienvenida de Hello to Healthy. El kit llegará por correspondencia dentro del primer mes de su inscripción.

*Para obtener más información acerca de qué servicios están cubiertos en su plan y sus costos compartidos aplicables, consulte su Evidencia de cobertura o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](https://www.teladoc.com/), de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana.*

## **TABLA DE BENEFICIOS MÉDICOS**

Los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos de la EOC.

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga \$0	Estos planes no tienen un deducible para los servicios médicos. Se aplica un deducible para los medicamentos con receta en nuestros planes con la cobertura de la Parte D. Consulte la sección de medicamentos con receta para obtener más información.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$6700 anuales	El monto máximo que deberá pagar por copagos, coseguros y otros costos para los servicios médicos durante el año.
Cobertura para pacientes internados en un hospital	<b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$220 por día para los días 1 a 6 Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 365 <b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 25% del costo	Es posible que se apliquen normas de autorización.
Cobertura para pacientes internados en un hospital para pacientes externos	<b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$75 para cada servicio de observación para pacientes externos Usted paga un copago de \$290 para cada cirugía para pacientes externos <b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo para cada servicio de observación y cirugía para pacientes externos	Es posible que se apliquen normas de autorización.  Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección, se aplicará el copago de cirugía para pacientes externos.

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<p>Consultas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proveedor de atención primaria</li>   <li>○ Especialistas</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por cada consulta</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo por cada consulta</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30 por cada consulta</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo por cada consulta</p>	
<p>Atención preventiva</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted no debe pagar nada</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo por cada consulta</p>	<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$75 por cada consulta</p>	<p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$30 por cada consulta</p>	<p>El copago no se aplica si usted ingresa al hospital en un plazo de 24 horas.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/ exámenes por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de laboratorio</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$10</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>



Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procedimientos y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare</li>   <li>○ Pruebas de imágenes de diagnóstico para pacientes externos (como radiografías)</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b>  Usted paga un copago de hasta \$50 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un consultorio, y un copago de hasta \$150 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un centro ambulatorio</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  Usted paga el 35% del costo por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio</p> <p><b>Dentro de la red:</b>  Usted paga un copago de hasta \$30 para cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  Usted paga el 35% del costo para cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio</p>	

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de radiología avanzados (como imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear)</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de hasta \$225 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$60 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio</p>	

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen auditivo cubierto por Medicare</li> <li>○ Examen auditivo de rutina*</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Audífonos*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p> <p><b>Dentro de la red únicamente</b> Usted paga un copago de \$0</p> <p><b>Dentro de la red únicamente</b> Usted paga un copago de \$699 por cada audífono Flyte Advanced o de \$999 por cada audífono Flyte Premium</p>	<p>Debe atenderse con el proveedor de TruHearing para utilizar el servicio de exámenes auditivos de rutina y los beneficios de audífonos.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Preventivos (como el examen y la limpieza bucal)*</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por servicios odontológicos preventivos</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Otros servicios odontológicos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare durante una hospitalización de gravedad si son necesarios en términos médicos. Se aplican normas relativas al copago para pacientes internados en un hospital.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 25% del costo por servicios cubiertos por Medicare durante una hospitalización de gravedad si son necesarios en términos médicos.</p>	

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de la visión cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b>  Usted paga un copago de \$30 por los exámenes de diagnóstico y tratamiento de afecciones y enfermedades oculares</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  Usted paga el 35% del costo para los exámenes de diagnóstico y tratamiento de afecciones y enfermedades oculares</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>○ Examen de la visión de rutina*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b>  Usted paga un copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de cada cirugía de cataratas</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  Usted paga el 20% del costo para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de cada cirugía de cataratas</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b>  Usted paga un copago de \$0 por un examen de la visión de rutina al año</p>	

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteojos complementarios*</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>            Nuestro plan pagará hasta \$150 al año por anteojos o lentes de contacto como resultado de un examen de rutina luego de que usted pague un copago de \$0.</p>	
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pacientes internados</li> <li>○ Consultas de terapia individual y grupal para pacientes externos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b>            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</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            Usted paga el 25% del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b>            Usted paga un copago de \$30 por cada consulta</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            Usted paga el 35% del costo por cada consulta</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>
<p>Atención en un centro de atención de enfermería especializada</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>            Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 y un copago de \$145 por día para los días 21 a 100</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            Usted paga el 35% del costo</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización. Nuestro plan cubre hasta 100 días por año. No se requiere hospitalización previa.</p>

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
Fisioterapia (servicios de rehabilitación) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p>	Es posible que se apliquen normas de autorización.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare</li> <li>○ Rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p>	
Ambulancia	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$300</p>	Es posible que se apliquen normas de autorización.
Transporte	sin cobertura	Es posible que se apliquen normas de autorización.  No está cubierto, a menos que otros medios de transporte pudieran poner en peligro su salud.

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga el 20% del costo de los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo de los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>
<p>Atención para los pies (servicios de podiatría)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención para los pies cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$30</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención de rutina de los pies</li> </ul>	<p>sin cobertura</p>	
<p>Equipo/suministros médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>○ Prótesis (como dispositivos ortopédicos, miembros artificiales)</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20% del costo</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga el 20% del costo</p>	<p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>

Primas y beneficios	Clover Health GA Green (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suministros para la diabetes</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga el 35% del costo</p>	<p>No hay ningún costo compartido para los monitores y las tiras reactivas One-Touch de Johnson &amp; Johnson y los monitores y las tiras reactivas Accu-Chek de Roche Diagnostics cuando se obtienen en una farmacia dentro de la red. Es posible que deba pagar el costo total si se adquieren otras marcas.</p> <p>Coseguro del 35% para las tiras reactivas y los monitores de un proveedor de equipo médico duradero (DME) dentro o fuera de la red.</p> <p>No hay ningún costo compartido para capacitación de diabetes, los zapatos y las plantillas para diabetes cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>35% del costo para capacitación de diabetes, los zapatos y las plantillas para diabetes cubiertos por Medicare fuera de la red.</p>
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acondicionamiento físico</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red únicamente</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0</p>	<p>Visite <a href="http://www.silversneakers.com">www.silversneakers.com</a> para obtener más información.</p>



## **BENEFICIOS DE LA PARTE D**

Su plan de Clover incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. El formulario integral de Clover enumera todos los medicamentos genéricos y de marca que están cubiertos por su plan. También nos vinculamos con una red de farmacias. En muchos casos, ahorrará dinero en una farmacia dentro de la red.

Nuestro formulario está dividido en cinco niveles. Los medicamentos cubiertos tienen diferentes costos compartidos en función del nivel al que estén asignados. La cuadrícula de las páginas siguientes puede ayudarle a comprender su costo compartido para cada uno de los medicamentos que toma. Para calcular su parte del costo:

- conozca qué medicamentos toma
- búselos en el formulario para conocer a qué nivel están asignados
- use la cuadrícula de las páginas siguientes para conocer su costo compartido para cada nivel

Todos los planes de la Parte D de Medicare tienen cuatro fases de cobertura descritas en la cuadrícula de las páginas siguientes. Su parte del costo del medicamento es diferente en cada fase. Si necesita asistencia para determinar sus costos de medicamentos durante todo el año, por favor llame a Servicios para los miembros.

### **Surtidos de 100 días**

Los planes de Clover cubren surtidos de 100 días de los medicamentos de mantenimiento comunes. Puede aprovechar este beneficio siempre y cuando su proveedor considere que los surtidos de 100 días son adecuados para sus circunstancias. Puede obtener estos medicamentos con receta en una farmacia minorista preferida o mediante pedido por correo a través de una farmacia de pedido por correo de CVS Caremark. Con un surtido de 100 días, pagará menos por día para cada medicamento de mantenimiento.

### **Centros de atención a largo plazo y otras circunstancias**

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar. Consulte el documento de su Evidencia de cobertura para obtener más información.

### **Si los medicamentos de nuestro formulario no satisfacen sus necesidades**

Si toma un medicamento que no está cubierto por nuestro formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207) para obtener más información sobre las alternativas. Podrá tomar un medicamento alternativo o solicitar una excepción al formulario. Si la parte del costo es demasiado alta para el medicamento que necesita, puede solicitar que Clover cubra ese medicamento en un nivel más bajo. Para obtener más información sobre las excepciones al formulario o de nivel, consulte el documento de su Evidencia de cobertura.

### **Tarjeta del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)**

Los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) son programas estatales que ayudan a los adultos o las personas de edad avanzada calificadas con bajos ingresos y que padecen alguna discapacidad a pagar los medicamentos con receta, al cubrir primas o copagos. La cobertura de los SPAP varía según el estado. Por lo tanto, consulte a la oficina de gobierno de su estado para saber si usted es elegible y para comprender los detalles de la cobertura de su estado. Acceda a la información de contacto del programa según el estado en <https://www.medicareinteractive.org/pdf/SPAP-Chart.pdf> o llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al [1-888-657-1207](tel:1-888-657-1207) si tiene más preguntas.

## Etapas de la cobertura para medicamentos con receta

<b>Clover Health GA Green (PPO)</b>	
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>	
<b>Etapa del deducible</b>	<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$100 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.</p>
<b>Etapa de cobertura inicial</b> (Luego de pagar su deducible, si corresponde)	<p>Después de pagar el deducible anual, usted paga los copagos o coseguros hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$3,750. Los costos totales anuales de sus medicamentos son los costos totales de medicamentos que usted y Clover Health pagan. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y en las farmacias de pedido por correo.</p>
<b>Etapa del período sin cobertura</b> (Luego de que la cifra total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido alcance los \$3,750)	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura. Esto significa que habrá un cambio temporal en el cual deberá pagar por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual correspondiente a los medicamentos (incluido lo que usted y nuestro plan pagaron) alcance los \$3,750. No todas las personas ingresarán al período sin cobertura.</p> <p>Medicamentos de marca: usted paga el 35% del precio negociado y una parte del costo de suministro. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.</p> <p>Medicamentos genéricos: usted no paga más del 44% del costo, y el plan paga el resto del costo. El monto pagado por el plan (56%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.</p> <p>Cuando el total de los costos que paga de su bolsillo para el año alcanza los \$5,000, su cobertura pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, y usted paga menos.</p>

## Clover Health GA Green (PPO)

### Medicamentos con receta para pacientes externos

#### **Etapas de cobertura en situaciones catastróficas**

(Luego de que los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$5,000 para el año calendario)

Cuando alcance el monto de \$5,000 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre en una farmacia minorista y a través del pedido por correo), usted paga el monto que sea superior entre:

- el coseguro del 5% del costo del medicamento, o bien
- \$3.35 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$8.35 para todos los demás medicamentos.

Nuestro plan paga el resto del costo.

### Costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial

#### Farmacia minorista estándar

<b>NIVEL</b>	<b>Clover Health GA Green (PPO)</b>
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$5 por medicamento con receta para un suministro para 30 días Usted paga un copago de \$15 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$15 por medicamento con receta para un suministro para 30 días Usted paga un copago de \$45 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$45 por medicamento con receta para un suministro para 30 días Usted paga un copago de \$135 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga un copago de \$95 por medicamento con receta para un suministro para 30 días Usted paga un copago de \$285 por medicamento con receta para un suministro para 100 días

<b>NIVEL</b>	<b>Clover Health GA Green (PPO)</b>
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos de especialidad	Usted paga un coseguro del 30% por medicamento con receta para un suministro para 30 días  Usted paga un coseguro del 30% por medicamento con receta para un suministro para 100 días

## Costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial

### Farmacia minorista preferida

<b>NIVEL</b>	<b>Clover Health GA Green (PPO)</b>
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 30 días  Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$10 por medicamento con receta para un suministro para 30 días  Usted paga un copago de \$30 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$35 por medicamento con receta para un suministro para 30 días  Usted paga un copago de \$105 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga un copago de \$85 por medicamento con receta para un suministro para 30 días  Usted paga un copago de \$255 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos de especialidad	Usted paga un coseguro del 30% por medicamento con receta para un suministro para 30 días  Usted paga un coseguro del 30% por medicamento con receta para un suministro para 100 días

**Costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial**

**Farmacia de pedido por correo (suministro para 100 días)**

<b>NIVEL</b>	<b>Clover Health GA Green (PPO)</b>
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$20 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$70 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga un copago de \$170 por medicamento con receta para un suministro para 100 días
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos de especialidad	Usted paga un coseguro del 30% por medicamento con receta para un suministro para 100 días

# Clover está aquí para ayudarlo.

 **1-912-339-5113 (TTY 711)**

de 8:00am a 8:00pm, hora local, los 7 días de la semana\*

 **Visítenos en [cloverhealth.com/enroll](https://www.cloverhealth.com/enroll)**

---

\*Entre el 15 de febrero 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 (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. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Clover, excepto en situaciones de emergencia. Para que tomemos la decisión de cubrir un servicio fuera de la red, lo invitamos a usted o a su proveedor a que nos solicite una determinación de la organización previa al servicio antes de que usted reciba el servicio. Llame a nuestro teléfono de atención al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluso sobre el costo compartido que se aplica para los servicios fuera de la red.

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 speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-657-1207 (TTY 711). 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 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。小贴士：如果您说普通话，欢迎使用免费语言协助服务。请拨 1-888-657-1207 (TTY 711)。