



Texas Green (Plan 025) - Beneficios médicos 2018

Fecha de entrada en vigencia: 1/1/2018 | Versión 1.0

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible de la Parte D Para obtener más información sobre el copago de la Parte D , consulte la página 26.	\$150/año para los medicamentos con receta de la Parte D. Los Niveles 1 y 2 no están sujetos al deducible.	\$150/año para los medicamentos con receta de la Parte D. Los Niveles 1 y 2 no están sujetos al deducible.
Costo máximo a pagar	\$6,700/año No incluye medicamentos con receta ni beneficios complementarios.	\$6,700/año No incluye medicamentos con receta ni beneficios complementarios.
Condados	Bexar	Bexar

ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS

Atención para pacientes internados en un hospital Incluye servicios de rehabilitación y por abuso de sustancias. *Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$200/día . Días 1 a 6. Copago de \$0/día . Días 7 a 365. Se aplica un copago por estadía.	35 % del costo por cada estadía en el hospital.
Atención de salud mental para pacientes internados *Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$200/día . Días 1 a 6. Copago de \$0/día . Días 7 a 365. Se aplica un copago por estadía.	35 % del costo por cada estadía en el hospital.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS <i>(continuación)</i>		
Centros de enfermería especializada En un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$0/día . Días 1 a 20. Copago de \$160/día . Días 21 a 100. No es necesaria una hospitalización previa. El miembro está cubierto durante 100 días/período de beneficios.	45 % del costo por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada. No es necesaria una hospitalización previa. El miembro está cubierto durante 100 días/período de beneficios.
Servicios complementarios para pacientes internados	\$0	\$0
Hospicio	El miembro debe recibir atención en un hospicio certificado por Medicare. Al inscribirse en un programa de hospicio, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con el diagnóstico de enfermedades terminales los paga Medicare Original, y no Clover Health. Clover Health pagará una consulta de asesoramiento antes de que elija el hospicio.	El miembro debe recibir atención en un hospicio certificado por Medicare. Al inscribirse en un programa de hospicio, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con el diagnóstico de enfermedades terminales los paga Medicare Original, y no Clover Health. Clover Health pagará una consulta de asesoramiento antes de que elija el hospicio.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS* *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Servicios médicos Incluidas las consultas al médico por enfermedad/lesión.	\$5 por cada consulta de atención primaria y procedimientos médicos para pacientes ambulatorios por parte de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). \$30 por cada consulta con un especialista y otros procedimientos médicos para pacientes ambulatorios por parte de un especialista. PCP reconocidos por Clover: Consultorio de medicina familiar, consultorio de medicina general, medicina interna, obstetricia/ ginecología, medicina geriátrica. El copago se aplica a la reclamación del centro, no del profesional, si corresponde.	45 % del costo por cada consulta de atención primaria y procedimientos médicos para pacientes ambulatorios por parte de un PCP. 45 % del costo por cada consulta con un especialista y otros procedimientos médicos para pacientes ambulatorios por parte de un especialista. PCP reconocidos por Clover: Consultorio de medicina familiar, consultorio de medicina general, medicina interna, obstetricia/ ginecología, medicina geriátrica. El coseguro se aplica a la reclamación del centro y a la del profesional, si corresponde.
Atención médica a domicilio Incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio y servicios de rehabilitación, etc. *Es posible que se requiera autorización previa.	\$0 para todas las visitas de atención médica en el hogar y sesiones de terapia a domicilio cubiertas por Medicare.	45 % del costo por todas las visitas de atención médica en el hogar y sesiones de terapia a domicilio cubiertas por Medicare.
Servicios quiroprácticos	\$20 por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones). Límite de 30 consultas/año. No hay cobertura para los servicios quiroprácticos de rutina.	45 % del costo por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones). Límite de 30 consultas/año. No hay cobertura para los servicios quiroprácticos de rutina.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* <i>(continuación)</i> *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Servicios de podología	\$30 por cada consulta de podología y cirugía de podología cubiertas por Medicare. No hay cobertura para los servicios de podología de rutina.	45 % del costo por cada consulta de podología y cirugía de podología cubiertas por Medicare. No hay cobertura para los servicios de podología de rutina.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Se paga por consulta. *Es posible que se requiera autorización previa*	\$30 por cada sesión de fisioterapia cubierta por Medicare. Límite de \$2,010 por año en combinación con terapia del habla. \$30 por cada sesión de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Límite de \$2,010 por año. \$30 por cada sesión de terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare. Límite de \$2,010 por año en combinación con fisioterapia. \$30 por cada sesión de rehabilitación cardíaca, servicio intensivo de rehabilitación cardíaca, sesión de rehabilitación pulmonar y otras sesiones de terapia cubiertas por Medicare. Rehabilitación cardíaca: límite de 36 sesiones por año. Servicio intensivo de rehabilitación cardíaca: límite de 72 sesiones por año. Rehabilitación pulmonar: límite de 36 sesiones por año.	45 % del costo por cada sesión de fisioterapia cubierta por Medicare. Límite de \$2,010 por año en combinación con terapia del habla. 45 % del costo por cada sesión de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Límite de \$2,010 por año. 45 % del costo por cada sesión de terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare. Límite de \$2,010 por año en combinación con fisioterapia. 45 % del costo por cada sesión de rehabilitación cardíaca, servicio intensivo de rehabilitación cardíaca, sesión de rehabilitación pulmonar y otras sesiones de terapia cubiertas por Medicare. Rehabilitación cardíaca: límite de 36 sesiones por año. Servicio intensivo de rehabilitación cardíaca: límite de 72 sesiones por año. Rehabilitación pulmonar: límite de 36 sesiones por año.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* <i>(continuación)</i> *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Incluye hospitalización parcial. *Es posible que se requiera autorización previa.	\$30 por cada consulta de terapia individual, terapia grupal y servicios de salud mental cubiertos por Medicare. \$30 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra, terapia grupal con un psiquiatra y servicios de salud mental con un psiquiatra cubiertos por Medicare. \$30 por día por servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	45 % del costo por cada consulta de terapia individual, terapia grupal y servicios de salud mental cubiertos por Medicare. 45 % del costo por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra, terapia grupal con un psiquiatra y servicios de salud mental con un psiquiatra cubiertos por Medicare. 45 % del costo por día por servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Observación de pacientes ambulatorios	\$0 en caso de hospitalización desde el área de observación; se aplicará un copago por habitación y comida para pacientes internados. \$100 si ingresa en observación a través de la sala de emergencias. \$210 si la observación conduce a cirugía. \$100 si recibe el alta desde el área de observación.	\$0 en caso de hospitalización desde el área de observación; se aplicará un copago por habitación y comida para pacientes internados. 45 % del costo si ingresa en observación a través de la sala de emergencias. 45 % del costo si la observación conduce a cirugía. 45 % del costo si recibe el alta desde el área de observación.
Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios *Es posible que se requiera autorización previa.	\$30 por cada servicio de abuso de sustancias cubierto por Medicare (con o sin un psiquiatra).	45 % del costo por cada servicio de abuso de sustancias cubierto por Medicare (con o sin un psiquiatra).

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* <i>(continuación)</i> *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Cirugía ambulatoria *Es posible que se requiera autorización previa.	\$150 por cada consulta cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.	45 % del costo por cada consulta cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.
Cirugía y suministros para pacientes ambulatorios *Es posible que se requiera autorización previa.	\$210 por cada consulta cubierta por Medicare en un establecimiento de cuidados ambulatorios. \$5 por cada consulta cubierta por Medicare en el consultorio por parte de un PCP, excepto la colonoscopia de diagnóstico (consulte la categoría colonoscopia de diagnóstico). \$30 por cada consulta cubierta por Medicare en el consultorio por parte de un especialista, excepto la colonoscopia de diagnóstico (consulte la categoría colonoscopia de diagnóstico).	45 % del costo por cada consulta cubierta por Medicare en un establecimiento de cuidados ambulatorios. 45 % del costo por cada consulta cubierta por Medicare en el consultorio por parte de un PCP. 45 % del costo por cada consulta cubierta por Medicare en el consultorio por parte de un especialista.
Anestesia	\$0 por cada servicio de anestesia cubierto por Medicare.	45 % del costo por cada servicio de anestesia cubierto por Medicare.
Servicios de ambulancia Servicios de ambulancia médicamente necesarios. *Es posible que se requiera autorización previa.	\$300 /traslado de un solo tramo por los traslados en ambulancia cubiertos por Medicare. No prescindiremos del copago en caso de hospitalización.	\$300 /traslado de un solo tramo por los traslados en ambulancia cubiertos por Medicare. No prescindiremos del copago en caso de hospitalización.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* <i>(continuación)</i> *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Atención de emergencia Usted puede acudir a cualquier sala de emergencias si realmente cree que necesita atención de emergencia.	\$75 por cada consulta en una sala de emergencias. \$0 por consulta en una sala de emergencias en caso de hospitalización. El plan no ofrece cobertura mundial.	\$75 por cada consulta en una sala de emergencias. \$0 por consulta en una sala de emergencias en caso de hospitalización. El plan no ofrece cobertura mundial.
Atención de urgencia NO es atención de emergencia.	\$30 del costo por consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. \$0 por consulta de atención de urgencia en caso de hospitalización.	\$30 del costo por consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. \$0 por consulta de atención de urgencia en caso de hospitalización.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc. *Es posible que se requiera autorización previa.	20 % del costo por cada artículo cubierto por Medicare.	20 % del costo por cada artículo cubierto por Medicare.
Prótesis y dispositivos ortopédicos Incluye dispositivos ortopédicos, ojos y miembros artificiales, etc. *Es posible que se requiera autorización previa.	20 % del costo por cada prótesis o dispositivo ortopédico cubierto por Medicare.	20 % del costo por cada prótesis o dispositivo ortopédico cubierto por Medicare.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* <i>(continuación)</i> *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes Incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras reactivas, lancetas, pruebas de detección y capacitación para el autocontrol.	\$0 por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Primer año: hasta 10 horas de capacitación dentro de un período continuo de 12 meses. Siguiente año: hasta 2 horas de capacitación todos los años después del primer año. 45 % del costo por los monitores o las tiras para el control de la diabetes cubiertos por Medicare con códigos HCPCS A4253, E0607, E2100, E2101 de un proveedor de DME. \$0 por todos los otros suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de un proveedor de DME. \$0 del costo por los monitores y las tiras reactivas One-Touch de Johnson & Johnson, y los monitores y las tiras reactivas Accu-Chek de Roche Diagnostics cuando se adquieren en una farmacia de la red. \$0 por plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Límite de 1 par de zapatos para diabéticos por año. Límite de 3 pares de plantillas para diabéticos por año.	45 % del costo por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Primer año: hasta 10 horas de capacitación dentro de un período continuo de 12 meses. Siguiente año: hasta 2 horas de capacitación todos los años después del primer año. 45 % del costo por cada monitor o tira para el control de la diabetes cubierto por Medicare de un proveedor de DME. 45 % del costo por todos los otros suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de un proveedor de DME. 45 % del costo por plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Límite de 1 par de zapatos para diabéticos por año. Límite de 3 pares de plantillas para diabéticos por año.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
-----------------------------------	------------------	-----------------

ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* *(continuación)* *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.

Si un miembro recibe varias pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos (p. ej., análisis de laboratorio, radiografías y radiación) en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el costo compartido máximo.

Análisis clínicos/de diagnóstico *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$10 por análisis clínicos/de diagnóstico o servicio de patología cubiertos por Medicare. \$0 por venopunción, traslado y preparación del equipo de laboratorio.	45 % del costo por análisis clínicos/de diagnóstico o servicio de patología cubiertos por Medicare. \$0 por venopunción, traslado y preparación del equipo de laboratorio.
Radioterapia *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$30 por cada servicio de radioterapia.	45 % del costo por cada servicio de radioterapia.
Radiología/Radiografías	Hasta \$30 por cada servicio de radiología general/radiografía. \$0 por traslado y preparación del equipo de radiografía.	45 % del costo por cada servicio de radiología general/radiografía. \$0 por traslado y preparación del equipo de radiografía.
Radiología avanzada Incluye angiografía por resonancia magnética (MRA), imagen por resonancia magnética (MRI), examen de medicina nuclear, tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía axial computarizada (CAT). *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$100 por servicios de radiología avanzada. Límite de 1 PET de por vida para medir las concentraciones de beta amiloide por motivos de demencia y enfermedades neurodegenerativas.	45 % del costo por servicios de radiología avanzada. Límite de 1 PET de por vida para medir las concentraciones de beta amiloide por motivos de demencia y enfermedades neurodegenerativas.
Pruebas de diagnóstico: alergias	Hasta \$10 por servicios de alergia (incluye pruebas y tratamiento) por parte de un PCP o especialista.	45 % del costo por servicios de alergia (incluye pruebas y tratamiento) por parte de un PCP o especialista.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
-----------------------------------	------------------	-----------------

ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* *(continuación)* *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.

Si un miembro recibe varias pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos (p. ej., análisis de laboratorio, radiografías y radiación) en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el costo compartido máximo.

Pruebas de diagnóstico: cardiología *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75w por cada servicio de cardiología en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de cardiología en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de cardiología.
Pruebas de diagnóstico: ecografía *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio de ecografía en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de ecografía en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de ecografía.
Pruebas de diagnóstico: electroencefalograma (EEG) *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio de EEG en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de EEG en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de EEG.
Pruebas de diagnóstico: electrocardiograma (EKG)	\$0 por cada servicio de EKG.	45 % del costo por cada servicio de EKG.
Pruebas de diagnóstico: gastroenterología *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio de gastroenterología en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de gastroenterología en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de gastroenterología.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
-----------------------------------	------------------	-----------------

ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* (continuación) *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.

Si un miembro recibe varias pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos (p. ej., análisis de laboratorio, radiografías y radiación) en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el costo compartido máximo.

Pruebas de diagnóstico: otros servicios de diagnóstico *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio de diagnóstico en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de diagnóstico en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de diagnóstico.
Pruebas de diagnóstico: servicios pulmonares *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio pulmonar en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio pulmonar en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio pulmonar.
Pruebas de diagnóstico: estudio del sueño *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio de estudio del sueño en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de estudio del sueño en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de estudio del sueño.
Pruebas de diagnóstico: ultrasonido	Hasta \$75 por cada servicio de ultrasonido en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio de ultrasonido en un consultorio.	45 % del costo por cada servicio de ultrasonido.
Pruebas de diagnóstico: servicios vasculares *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$75 por cada servicio vascular en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada servicio vascular en un consultorio.	15 % del costo por cada servicio vascular.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* <i>(continuación)</i> *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Si un miembro recibe varias pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos (p. ej., análisis de laboratorio, radiografías y radiación) en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el costo compartido máximo.		
Colonoscopia de diagnóstico *Es posible que se requiera autorización previa.	Hasta \$290 por cada colonoscopia de diagnóstico en un entorno ambulatorio. Hasta \$150 por cada colonoscopia de diagnóstico en un consultorio o centros de cirugía ambulatoria (ambulatory surgery center, ASC).	45 % del costo por cada colonoscopia de diagnóstico.
Densitometría ósea de diagnóstico	Hasta \$75 por cada densitometría ósea de diagnóstico cubierta por Medicare en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada densitometría ósea de diagnóstico cubierta por Medicare en un consultorio.	45 % del costo por cada densitometría ósea de diagnóstico cubierta por Medicare.
Mamografía de diagnóstico	Hasta \$75 por cada mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare en un entorno ambulatorio. Hasta \$30 por cada mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare en un consultorio.	45 % del costo por cada mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare.
Quimioterapia *Es posible que se requiera autorización previa.	20 % del costo por cada servicio de quimioterapia, fármaco de quimioterapia y servicio de oncología.	45 % del costo por cada servicio de quimioterapia, fármaco de quimioterapia y servicio de oncología.

Texas Green (Plan 025) - Beneficios médicos 2018

Fecha de entrada en vigencia: 1/1/2018 | Versión 1.0

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS* (continuación) *Pacientes que no pasan la noche hospitalizados.		
Suministros quirúrgicos, entablillados y yesos *Es posible que se requiera autorización previa.	20 % del costo por suministros quirúrgicos, vendajes, entablillados y yesos cuando se facturan en un formulario 1500 por parte de un proveedor de DME o en una reclamación del hospital.	20 % del costo por suministros quirúrgicos, vendajes, entablillados y yesos cuando se facturan en un formulario 1500 por parte de un proveedor de DME o en una reclamación del hospital.
Sangre	La cobertura de sangre, almacenamiento y administración comienza con la primera pinta (alrededor de medio litro) de sangre. \$0 por unidad de sangre para los beneficios cubiertos por Medicare.	La cobertura de sangre, almacenamiento y administración comienza con la primera pinta (alrededor de medio litro) de sangre. 45 % del costo por unidad de sangre para los beneficios cubiertos por Medicare.
Inyectables y medicamentos de la Parte B para pacientes ambulatorios Con cobertura de la Parte B de Medicare. *Es posible que se requiera autorización previa.	20 % del costo por inyectables y medicamentos de la Parte B, terapia de infusión, medicamentos para nebulización y agentes para estudios por imágenes. Límite de una inyección B-12 por mes. Límite de 1 PET de por vida para medir las concentraciones de beta amiloide por motivos de demencia y enfermedades neurodegenerativas. Límite de 3 tratamientos de inmunoterapia celular autóloga de por vida.	45 % del costo por inyectables y medicamentos de la Parte B, terapia de infusión, medicamentos para nebulización y agentes para estudios por imágenes. Límite de una inyección B-12 por mes. Límite de 1 PET de por vida para medir las concentraciones de beta amiloide por motivos de demencia y enfermedades neurodegenerativas. Límite de 3 tratamientos de inmunoterapia celular autóloga de por vida.
Diálisis renal	20 % del costo por diálisis renal cubierta por Medicare. \$0 por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20 % del costo por los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios. Límite de 6 sesiones (individuales o grupales) de por vida para servicios educativos sobre enfermedades renales.	45 % del costo por diálisis renal cubierta por Medicare. 45 % del costo por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 45 % del costo por los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios. Límite de 6 sesiones (individuales o grupales) de por vida para servicios educativos sobre enfermedades renales.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal (AAA)	\$0 por cada examen de detección de aneurisma de aorta abdominal. Límite de 1 de por vida.	45 % del costo por cada examen de detección de aneurisma de aorta abdominal (AAA). Límite de 1 de por vida.
Examen de detección y asesoramiento por abuso de alcohol	\$0 por cada examen de detección/servicio de asesoramiento por abuso de alcohol. Límite de 1 examen de detección de abuso por año, 15 minutos. Límite de 4 sesiones de asesoramiento breves personalizadas por año, 15 minutos.	45 % del costo por cada examen de detección/servicio de asesoramiento por abuso de alcohol. Límite de 1 examen de detección de abuso por año, 15 minutos. Límite de 4 sesiones de asesoramiento breves personalizadas por año, 15 minutos.
Consulta anual de bienestar (Annual Wellness Visit, AWW) No es el examen físico preventivo inicial (Initial Preventive Physical Examination, IPPE).	\$0 por la consulta anual de bienestar. Límite de 1 por año.	45 % del costo por la consulta anual de bienestar. Límite de 1 por año.
Densitometría ósea	\$0 por cada densitometría ósea preventiva cubierta por Medicare. Límite de 1 cada 24 meses.	45 % del costo por cada densitometría ósea preventiva cubierta por Medicare. Límite de 1 cada 24 meses.
Análisis de sangre de detección de enfermedades cardiovasculares	\$0 por cada análisis de detección de enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare. Límite de 1 cada 5 años.	45 % del costo por cada análisis de detección de enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare. Límite de 1 cada 5 años.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Exámenes de detección de cáncer colorrectal Para personas con Medicare de 50 años o más y otras personas con riesgo alto independientemente de su edad. Se aplicará un copago para cirugía ambulatoria si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección.	\$0 por cada prueba de sangre oculta en materia fecal. Límite de 1 por año. \$0 por cada sigmoidoscopia flexible. Límite de 1 cada 4 años (si se realizó una colonoscopia de detección, es posible que Clover cubra una sigmoidoscopia flexible de detección solo después de 10 años). \$0 por cada colonoscopia de detección. Límite de 1 cada 24 meses en el caso de los pacientes con riesgo alto. Límite de 1 cada 10 años en el caso de los pacientes sin riesgo alto (independientemente del riesgo, si se realizó una sigmoidoscopia flexible de detección, es posible que Clover cubra una colonoscopia de detección solo después de 4 años). \$0 por cada enema de bario. Límite de 1 cada 24 meses en el caso de los pacientes con riesgo alto. Límite de 1 cada 4 años en el caso de los pacientes sin riesgo alto. \$0 por cada examen de detección de cáncer colorrectal con Cologuard. Límite de 1 cada 3 años.	45 % del costo por cada prueba de sangre oculta en materia fecal. Límite de 1 por año. 45 % del costo por cada sigmoidoscopia flexible. Límite de 1 cada 4 años (si se realizó una colonoscopia de detección, es posible que Clover cubra una sigmoidoscopia flexible de detección solo después de 10 años). 45 % del costo por cada colonoscopia de detección. Límite de 1 cada 24 meses en el caso de los pacientes con riesgo alto. Límite de 1 cada 10 años en el caso de los pacientes sin riesgo alto (independientemente del riesgo, si se realizó una sigmoidoscopia flexible de detección, es posible que Clover cubra una colonoscopia de detección solo después de 4 años). 45 % del costo por cada enema de bario. Límite de 1 cada 24 meses en el caso de los pacientes con riesgo alto. Límite de 1 cada 4 años en el caso de los pacientes sin riesgo alto. 45 % del costo por cada examen de detección de cáncer colorrectal con Cologuard. Límite de 1 cada 3 años.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Prueba de detección de la diabetes	\$0 por cada prueba de detección de la diabetes. Límite de 2 por año para beneficiarios con diagnóstico de prediabetes. Límite de 1 prueba de detección por año si anteriormente se sometió a una prueba, pero no recibió un diagnóstico de prediabetes, o si nunca se sometió a una prueba.	45 % del costo por cada prueba de detección de la diabetes. Límite de 2 por año para beneficiarios con diagnóstico de prediabetes. Límite de 1 prueba de detección por año si anteriormente se sometió a una prueba, pero no recibió un diagnóstico de prediabetes, o si nunca se sometió a una prueba.
Prueba de detección de glaucoma	\$0 por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. Límite de 1 por año.	45 % del costo por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. Límite de 1 por año.
Programas de educación para la salud y el bienestar	\$0 por una membresía en el programa SilverSneakers®. Si desea encontrar un gimnasio que participe en la red del programa SilverSneakers®, visite https://www.silversneakers.com/locations	No se ofrece cobertura para los gimnasios que no participan en el programa SilverSneakers®.
Servicios para dejar de fumar	\$0 por cada servicio para dejar de fumar y consumir tabaco cubierto por Medicare. Límite de 2 intentos para dejar de fumar por año. Cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con un beneficio total anual que cubre hasta 8 sesiones por año.	45 % del costo por cada servicio para dejar de fumar y consumir tabaco cubierto por Medicare. Límite de 2 intentos para dejar de fumar por año. Cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con un beneficio total anual que cubre hasta 8 sesiones por año.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Prueba de detección de VIH	\$0 por cada prueba de detección voluntaria de VIH. Límite de 1 por año. Límite de 3 por año en caso de embarazo: (1) cuando se conoce el diagnóstico de embarazo (2) durante el tercer trimestre (3) o durante el trabajo de parto si lo indica el médico	45 % del costo por cada prueba de detección voluntaria de VIH. Límite de 1 por año. Límite de 3 por año en caso de embarazo: (1) cuando se conoce el diagnóstico de embarazo (2) durante el tercer trimestre (3) o durante el trabajo de parto si lo indica el médico
Vacunas Vacuna contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B y vacuna contra la neumonía.	\$0 por la administración de cada vacuna, por cada vacuna contra la gripe, contra la neumonía y contra la hepatitis B cubiertas por Medicare, y otras vacunas cubiertas. Límite de 2 vacunas contra la gripe por año. Límite de 2 vacunas contra la neumonía de por vida.	45 % del costo por la administración de cada vacuna, por cada vacuna contra la gripe, contra la neumonía y contra la hepatitis B cubiertas por Medicare, y otras vacunas cubiertas. Límite de 2 vacunas contra la gripe por año. Límite de 2 vacunas contra la neumonía de por vida.
Examen físico preventivo inicial También conocido como “Consulta preventiva de bienvenida a Medicare”.	\$0 por examen físico. Límite de 1 de por vida. Deberá entregarse, a más tardar, 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de la primera cobertura de la Parte B de Medicare.	45 % del costo por el examen físico. Límite de 1 de por vida. Deberá entregarse, a más tardar, 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de la primera cobertura de la Parte B de Medicare.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Terapia conductual intensiva	\$0 por cada terapia conductual intensiva (Intensive Behavioral Therapy, IBT) por enfermedades cardiovasculares. Límite de 1 por año. \$0 por cada IBT por motivos de servicio para la obesidad. Límite de 22 por año.	45 % del costo por cada IBT por enfermedades cardiovasculares. Límite de 1 por año. 45 % del costo por cada IBT por motivos de servicio para la obesidad. Límite de 22 por año.
Asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y prueba anual de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)	\$0 por cada asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón. \$0 por cada asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón con LDCT. Límite de 1 cada 12 meses.	45 % del costo por cada asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón. 45 % del costo por cada prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT. Límite de 1 cada 12 meses.
Mamografías de control	\$0 por cada mamografía inicial cubierta por Medicare. Límite de una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años de edad. \$0 por cada mamografía de control cubierta por Medicare. Límite de una mamografía de control cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años de edad.	45 % del costo por cada mamografía inicial cubierta por Medicare. Límite de una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años de edad. 45 % del costo por cada mamografía de control cubierta por Medicare. Límite de una mamografía de control cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años de edad.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Terapia médica nutricional (Medical Nutrition Therapy, MNT) Para personas con diabetes, enfermedades renales (de los riñones) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante cuando lo indica un médico.	\$0 por cada consulta/servicio de terapia médica nutricional cubierto por Medicare. Límite de 3 horas de terapia individual el primer año y 2 horas los años siguientes.	45 % del costo por cada consulta/servicio de terapia médica nutricional cubierto por Medicare. Límite de 3 horas de terapia individual el primer año y 2 horas los años siguientes.
Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos	\$0 por cada prueba de Papanicolaou cubierta por Medicare, y por cada examen pélvico y de mamas cubierto por Medicare. Límite de una prueba de Papanicolaou de detección y 1 examen pélvico cada 12 meses en el caso de las mujeres con riesgo alto o en edad fértil con resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años. Límite de una prueba de Papanicolaou de detección y 1 examen pélvico cada 24 meses para el resto de las mujeres.	45 % del costo por cada prueba de Papanicolaou cubierta por Medicare, y por cada examen pélvico y de mamas cubierto por Medicare. Límite de una prueba de Papanicolaou de detección y 1 examen pélvico cada 12 meses en el caso de las mujeres con riesgo alto o en edad fértil con resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años. Límite de una prueba de Papanicolaou de detección y 1 examen pélvico cada 24 meses para el resto de las mujeres.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres con Medicare de 50 años o más.	\$0 por cada tacto rectal (digital rectal exam, DRE) cubierto por Medicare y por cada prueba de antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) cubierta por Medicare. Límite de 1 DRE cada 12 meses. Límite de 1 PSA cada 12 meses.	45 % del costo por cada tacto rectal (DRE) cubierto por Medicare y por cada prueba de antígeno prostático específico (PSA) cubierta por Medicare. Límite de 1 DRE cada 12 meses. Límite de 1 PSA cada 12 meses.
Exámenes físicos de rutina No es el IPPE.	No hay cobertura para los exámenes físicos de rutina.	No hay cobertura para los exámenes físicos de rutina.
Examen de detección de cáncer de cuello de útero con pruebas del virus del papiloma humano (Human Papillomavirus, HPV)	\$0 por cada examen de detección de cáncer de cuello de útero con pruebas del virus del papiloma humano (HPV). Límite de 1 cada 5 años.	45 % del costo por cada examen de detección de cáncer de cuello de útero con pruebas del virus del papiloma humano (HPV). Límite de 1 cada 5 años.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Examen de detección de depresión	\$0 por cada servicio de detección de depresión. Límite de 1 por año, 15 minutos.	45 % del costo por cada servicio de detección de depresión. Límite de 1 por año, 15 minutos.
Detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento conductual intensivo (High Intensity Behavioral Counseling, HIBC) para prevenirlas	\$0 por cada servicio de STI/HIBC. Cobertura para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B únicamente: Límite de 1 examen por año de detección de clamidia, gonorrea y sífilis en mujeres con mayor riesgo que no estén embarazadas. Límite de 1 examen de detección de sífilis por año en hombres con mayor riesgo. Límite de 2 exámenes de detección de clamidia y gonorrea por embarazo en mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar STI y segundo examen de detección si continúan con riesgo alto. Límite de 1 examen de detección de sífilis por embarazo en mujeres embarazadas; hasta 2 exámenes de detección adicionales en el tercer trimestre y en el momento del parto si continúa el riesgo alto de presentar STI. Límite de 1 examen de detección de hepatitis B por embarazo en mujeres embarazadas; hasta 1 examen de detección adicional si continúa el riesgo alto de presentar STI en el momento del parto. Límite de hasta 2 sesiones de HIBC personalizadas de 20 a 30 minutos por año.	\$45 por cada servicio de STI/HIBC. Cobertura para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B únicamente: Límite de 1 examen por año de detección de clamidia, gonorrea y sífilis en mujeres con mayor riesgo que no estén embarazadas. Límite de 1 examen de detección de sífilis por año en hombres con mayor riesgo. Límite de 2 exámenes de detección de clamidia y gonorrea por embarazo en mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar STI y segundo examen de detección si continúan con riesgo alto. Límite de 1 examen de detección de sífilis por embarazo en mujeres embarazadas; hasta 2 exámenes de detección adicionales en el tercer trimestre y en el momento del parto si continúa el riesgo alto de presentar STI. Límite de 1 examen de detección de hepatitis B por embarazo en mujeres embarazadas; hasta 1 examen de detección adicional si continúa el riesgo alto de presentar STI en el momento del parto. Límite de hasta 2 sesiones de HIBC personalizadas de 20 a 30 minutos por año.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS PREVENTIVOS <i>(continuación)</i>		
Examen de detección del virus de la hepatitis C	\$0 por cada examen de detección de la hepatitis C. Límite de 1 examen de por vida o de 1 por año según el código del diagnóstico.	45 % del costo por cada examen de detección de la hepatitis C. Límite de 1 examen de por vida o de 1 por año según el código del diagnóstico.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) En vigencia desde el 1 de abril de 2018.	\$0 por cada sesión de MDPP. Límite de 1 año de sesiones principales y de mantenimiento principal, seguidas de hasta 1 año de sesiones de mantenimiento continuas. El miembro debe cumplir con los objetivos de pérdida de peso y asistencia.	45 % del costo por cada sesión de MDPP. Límite de 1 año de sesiones principales y de mantenimiento principal, seguidas de hasta 1 año de sesiones de mantenimiento continuas. El miembro debe cumplir con los objetivos de pérdida de peso y asistencia.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS ADICIONALES		
Servicios dentales	\$0 por cada servicio dental cubierto por Medicare. \$0 por cada servicio dental preventivo no cubierto por Medicare si se recibe de un proveedor de DentaQuest. Límite de 2 exámenes preventivos por año. Límite de 2 limpiezas preventivas por año. Límite de 1 radiografía preventiva por año. Se aplican las tarifas establecidas por contrato para los servicios ofrecidos por proveedores de DentaQuest no participantes. Si desea obtener más información, llame a Servicios de Proveedores de Clover al 1-877-853-8019 o a Servicios de Proveedores de DentaQuest al 888-308-9345. Si desea encontrar a un proveedor, visite www.dentaquest.com/find-a-provider/cloverdental No hay cobertura para los servicios dentales integrales.	35 % del costo por cada servicio dental cubierto por Medicare. \$0 por cada servicio dental preventivo no cubierto por Medicare si se recibe de un proveedor de DentaQuest. Límite de 2 exámenes preventivos por año. Límite de 2 limpiezas preventivas por año. Límite de 1 radiografía preventiva por año. Se aplican las tarifas establecidas por contrato para los servicios ofrecidos por proveedores de DentaQuest no participantes. Si desea obtener más información, llame a Servicios de Proveedores de Clover al 1-877-853-8019 o a Servicios de Proveedores de DentaQuest al 888-308-9345. Si desea encontrar a un proveedor, visite www.dentaquest.com/find-a-provider/cloverdental No hay cobertura para los servicios dentales integrales.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS ADICIONALES <i>(continuación)</i>		
Servicios auditivos	\$30 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare y cada servicio de audiología cubierto por Medicare. \$0 por un examen auditivo de rutina no cubierto por Medicare de un proveedor de TruHearing. Límite de 1 examen auditivo de rutina por año. \$699 por cada audífono Flyte Advanced de un proveedor de TruHearing. \$999 por cada audífono Flyte Premium de un proveedor de TruHearing. Límite de 2 audífonos por año; 1 por oído por año. Se incluyen 3 consultas de ajuste/evaluación de audífonos como parte de la compra de los audífonos.	45 % del costo por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare y cada servicio de audiología cubierto por Medicare. No hay cobertura para el examen auditivo de rutina, los audífonos y el ajuste/la evaluación de los audífonos.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
SERVICIOS ADICIONALES <i>(continuación)</i>		
Servicios de la visión	\$30 por los exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. Se cubre la refracción y se aplicará el copago correspondiente si se realiza como un servicio independiente. \$0 por anteojos para usar después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare. Límite de 1 par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. \$0 por un examen ocular de rutina no cubierto por Medicare (incluye refracción) cuando se consulta a un proveedor de EyeQuest. Límite de 1 examen ocular de rutina por año. Asignación de \$150 por anteojos complementarios (marcos, lentes o lentes de contacto) por año.	45 % del costo por los exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. Se cubre la refracción y se aplicará el coseguro correspondiente si se realiza como un servicio independiente. 20 % del costo por anteojos para usar después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare. Límite de 1 par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. \$0 por un examen ocular de rutina no cubierto por Medicare (incluye refracción) cuando se consulta a un proveedor de EyeQuest. Límite de 1 examen ocular de rutina por año. Asignación de \$150 por anteojos complementarios (marcos, lentes o lentes de contacto) por año.

Descripción de beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
BENEFICIOS NO CUBIERTOS		
Servicios varios no cubiertos por el plan	• Acupuntura • Entrenamiento deportivo • Dermatología cosmética • Traslado de rutina sin autorización previa • Medicamentos autoadministrados (Self Administered Drugs, SAD) • Artículos varios no cubiertos • Servicios agrupados • Proyectos de demostración • Errores de facturación • Servicios que no sean médicamente necesarios • Códigos únicamente para informes	• Acupuntura • Entrenamiento deportivo • Dermatología cosmética • Traslado de rutina sin autorización previa • Medicamentos autoadministrados (SAD) • Artículos varios no cubiertos • Servicios agrupados • Proyectos de demostración • Errores de facturación • Servicios que no sean médicamente necesarios • Códigos únicamente para informes

Texas Green (Plan 025)							
	Suministro para 30 días		Suministro para 60 días		Suministro para 100 días		Servicio de pedido por correo de CVS
Niveles	Red de farmacias preferidas	Red de farmacias no preferidas	Red de farmacias preferidas	Red de farmacias no preferidas	Red de farmacias preferidas	Red de farmacias no preferidas	Pedido por correo de CVS (suministro para 100 días)
Nivel 1	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0	\$15	\$0
Nivel 2	\$10	\$15	\$20	\$30	\$30	\$45	\$20
Nivel 3	\$35	\$45	\$70	\$90	\$105	\$135	\$70
Nivel 4	\$85	\$95	\$170	\$190	\$255	\$285	\$170
Nivel 5	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %

Deducible para medicamentos con receta: \$150. El deducible se aplica a los Niveles 3, 4 y 5. Los Niveles 1 y 2 están exentos del deducible. Área de servicio: Bexar.

Etapa 1 Deducible anual		Etapa 2 Cobertura inicial		Etapa 3 Cobertura compartida		Etapa 4 Cobertura para catástrofes	
El miembro paga el costo total de los medicamentos hasta alcanzar el deducible. Una vez alcanzado, el miembro pasa a la Etapa 2.		El miembro paga un copago o coseguro, y Clover paga su parte del costo por cada receta surtida. Una vez que el costo total combinado que pagan el miembro y Clover alcanza los \$3,750, el miembro ingresa en la Etapa 3.		El miembro paga el 44 % del costo establecido en el contrato del plan para los medicamentos genéricos y el 35 % para los medicamentos de marca. Una vez que el costo de bolsillo verdadero (True Out-Of-Pocket, TrOOP) del miembro alcanza los \$5,000, el miembro pasa a la Etapa 4.		El miembro paga un copago reducido de \$3.35 por los medicamentos genéricos o de \$8.35 por los medicamentos de marca (o el 5 % del costo del medicamento, el monto que sea mayor). El miembro permanece en esta etapa durante el resto del año del plan.	