

## Resumen de beneficios: Clear Spring Health Essential Plus HMO Illinois

1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Clear Spring Health es la cobertura médica que se interesa por usted. Cubrimos todo lo que cubre el programa Original Medicare y le brindamos prestaciones adicionales para optimizar sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es promover resultados saludables al proporcionar atención médica preventiva y primaria sólida, acceso a servicios de salud y bienestar, y un enfoque único de los servicios de atención médica. Como nuestro asegurado, su atención médica nos importa. Hemos mejorado algunas de las prestaciones de nuestra cobertura para 2020 en función de los comentarios de los asegurados.

Este folleto le proporciona un resumen de lo que tiene cobertura y lo que usted paga como asegurado. Sin embargo, tenga en cuenta que no incluye todos los servicios que tienen cobertura ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios incluidos, llámenos o consulte el “Manual de Evidencia de Cobertura”. También puede obtener una copia en nuestro sitio web, [www.clearspringhealthcare.com](http://www.clearspringhealthcare.com).

### ***Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir las prestaciones de Medicare***

- Una opción es recibir las prestaciones del programa Medicare a través de Original Medicare (tarifa por servicio de Medicare). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es recibir las prestaciones de Medicare al inscribirse en un seguro de gastos médicos de Medicare (como Clear Spring Health Essential HMO).
- En una cobertura proporcionada por una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés), usted elige un médico de cabecera. Todos sus servicios de atención médica pasan por ese médico. Eso significa que es posible que necesite una orden médica antes de poder consultar a otro profesional de la salud, excepto en caso de atención médica urgente y de emergencias. Las consultas médicas con profesionales de salud fuera de la red suelen no estar cubiertos por el seguro.

### ***Consejos para comparar sus opciones de Medicare***

- Si desea comparar nuestra cobertura con otros seguros de gastos médicos de Medicare, solicite a las otras aseguradoras los Resúmenes de Beneficios correspondientes. O use el Buscador de planes Medicare en <https://es.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el instructivo vigente “**Medicare y usted**”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Secciones de este folleto

- Lo que hay que saber sobre Clear Spring Health Essential Plus HMO
- Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura
- Prestaciones médicas y hospitalarias con cobertura
- Prestaciones para medicamentos con receta

Clear Spring Health es un patrocinador de cobertura proporcionada por una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) con un contrato con Medicare. La cobertura de un plan Clear Spring Health depende de la renovación del contrato.

Esta información no representa una descripción completa de las prestaciones. Comuníquese con la aseguradora para obtener más información. Debe seguir pagando su prima del plan de la Parte B de Medicare.

### Lo que hay que saber sobre Clear Spring Health Essential Plus HMO

<p><b>Horario de atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.</li> <li>• Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del centro.</li> </ul>
<p><b>Clear Spring Health Essential Plus HMO</b> <b>Números telefónicos y sitio web</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es un asegurado de este plan, llame sin costo al 1-877-384-1241.</li> <li>• Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 7-1-1</li> <li>• Si no es un asegurado de este plan, llame sin costo al 1-877-384-1241</li> <li>• Nuestro sitio web: <a href="http://www.clearspringhealthcare.com">www.clearspringhealthcare.com</a></li> </ul>
<p><b>¿Quiénes pueden solicitar cobertura?</b></p>	<p>Para unirse a Clear Spring Health Essential Plus HMO, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar asegurado con la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: Boone, Clinton, Cook, DuPage, Kane, Kankakee, LaSalle, Macoupin, Madison, McHenry, Ogle, St. Clair, Stephenson, Will y Winnebago.</p>
<p><b>¿Cuáles son los médicos, los hospitales y las farmacias que puedo consultar?</b></p>	<p>Clear Spring Health Essential Plus HMO cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si se atiende con prestadores de servicios médicos que no forman parte de nuestra red, es posible que el seguro no pague estos servicios.</p> <p>Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas para los medicamentos incluidos en la Parte D.</p> <p>Puede consultar el Directorio de prestadores de servicios médicos y el Directorio de farmacias de la aseguradora en nuestro sitio web (<a href="http://www.clearspringhealthcare.com">www.clearspringhealthcare.com</a>).</p> <p>También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de prestadores de servicios médicos y farmacias.</p>

<p><b>¿Qué cubrimos?</b></p>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para recibir algunas de estas prestaciones, quizás deba pagar más con nuestra cobertura de lo que pagaría en Original Medicare.</b> Para otras, quizás deba pagar menos.</li> <li>• <b>Nuestros asegurados también reciben más de lo que cubre Original Medicare.</b> Algunas de las prestaciones adicionales se resumen en este folleto.</li> </ul> <p>Incluimos los medicamentos de la Parte D. Además, incluimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por prestadores de servicios médicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ver la lista de medicamentos completa del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (<a href="http://www.clearspringhealthcare.com">www.clearspringhealthcare.com</a>).</li> <li>• También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos</li> </ul>
<p><b>¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?</b></p>	<p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. La suma que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de cobertura en la que usted esté. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de cobertura: cobertura inicial, interrupción de la cobertura y cobertura para enfermedades catastróficas.</p>

***Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura***

<p><b>¿Cuál es el costo de la prima mensual?</b></p>	<p>\$49.00 por mes. Además, debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B del programa Medicare.</p>
<p><b>¿Cuánto es el deducible?</b></p>	<p>Sin deducible.</p>
<p><b>¿Hay un límite en lo que pagaré por mis servicios con cobertura?</b></p>	<p>Sí. Como toda cobertura del programa Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales para los gastos de bolsillo de los servicios de atención médica y hospitalaria.</p>
<p><b>¿Cuál es mi responsabilidad del máximo de gasto de bolsillo?</b></p>	<p>Límite anual en esta cobertura: \$2,500 por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios hospitalarios y médicos, y pagaremos el costo completo por el resto del año. Tenga en cuenta que aún debe pagar la prima mensual y los gastos compartidos por los medicamentos con receta de la Parte D.</p>
<p><b>¿Hay un límite de lo que pagará el seguro?</b></p>	<p>Nuestro seguro tiene un límite de cobertura cada año para ciertas prestaciones de la red. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre los servicios elegibles.</p>

## Prestaciones médicas y hospitalarias con cobertura

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Clear Spring Health Essential Plus HMO</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (1)</b></p>	<p>En 2019, las sumas para cada período de prestaciones son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un deducible de \$1,364 y nada de coseguro por los días 1 a 60 de cada período de prestaciones.</li> <li>• Usted paga un copago de \$341 por día por los días 61 a 90 de cada período de prestaciones.</li> <li>• Usted paga \$682 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de prestaciones (hasta un máximo de 60 días en toda la vida).</li> <li>• Usted paga todos los costos por cada día después de usar todos los días de reserva de por vida.</li> </ul> <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p>	<p>Nuestro seguro incluye 90 días de hospitalización.</p> <p>Nuestro seguro también incluye 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$175 por día para los días 1 a 5.</li> <li>• \$0 por día para los días 6 a 90.</li> </ul> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p><b>Atención ambulatoria en hospitales (1, 2, 3)</b></p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por consulta médica por servicios de un médico.</p> <p>Usted paga un coseguro específico del 20 % por servicios de centros hospitalarios ambulatorios. El coseguro no puede superar el deducible para atención hospitalaria a pacientes internados de la Parte A.</p> <p>Usted paga un 20 % de coseguro por servicios de centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de un mínimo de \$15 a un máximo de \$100.</li> <li>• Centro quirúrgico ambulatorio: Usted paga un copago de un mínimo de \$15 a un máximo de \$75.</li> </ul>

<p><b>Consultas médicas presenciales (2, 3)</b></p>	<p>Si se aplica el deducible de la Parte B (\$185 en 2019), usted debe pagar todos los costos (hasta el monto aprobado por Medicare) hasta alcanzar el deducible anual de la Parte B.</p> <p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare (excepto por ciertos servicios preventivos, por los que es posible que no pague nada).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$0 por consulta a un médico de cabecera.</li> <li>• \$15 por los siguientes servicios especializados: radiología profesional, gastrointestinal (GI) y oftalmología.</li> <li>• Usted paga un copago de \$15 para todas las demás consultas médicas con especialistas.</li> <li>• <b>Usted no paga nada</b> por ciertos servicios de telesalud, entre ellos: Servicios del médico de cabecera.</li> </ul>
<p><b>Atención médica preventiva</b></p>	<p>Servicios preventivos cubiertos por Medicare cubiertos con cero gastos compartidos y que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Bienvenido al Programa Medicare” consulta médica preventiva (una vez)</li> <li>• Consulta anual de “bienestar”</li> <li>• Detección de aneurisma aórtico abdominal 43 Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea (densidad ósea)</li> <li>• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (tratamiento de salud conductual)</li> <li>• Exámenes para enfermedad cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> </ul>	<p>Usted tiene cobertura para todos los servicios preventivos los servicios cubiertos conforme a Original Medicare con cero gastos compartidos.</p> <p>Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare a mitad del año estará cubierto por la aseguradora o por Original Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>La aseguradora cubre un examen físico anual.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de depresión</li> <li>• Exámenes de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Vacunas contra la gripe</li> <li>• Exámenes para el glaucoma</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección de la hepatitis C</li> <li>• Examen de detección de VIH</li> <li>• Evaluación de cáncer de pulmón</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Vacuna antineumocócica</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Enfermedades de transmisión sexual para reducir el abuso de alcohol</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco</li> </ul>	
<p><b>Atención médica de emergencia (3)</b></p>	<p>Usted paga un copago especificado por visita al departamento de emergencias del hospital, y paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para servicios de médicos o de prestadores de servicios médicos.</p> <p>Usted paga un 20 % de coseguro por servicios de centros.</p> <p>El copago por servicios de emergencia no puede superar el deducible por atención hospitalaria a pacientes internados de la Parte A para cada servicio proporcionado por el hospital.</p> <p>No está cubierto fuera de EE. UU. excepto en circunstancias limitadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$120 por la atención médica de emergencia.</li> </ul> <p>Si es hospitalizado, habrá una exención del copago. Consulte el certificado de beneficios y servicios médicos para obtener más detalles.</p> <p>Incluye cobertura de urgencias/emergencias en todo el mundo. Usted paga un copago de \$120 hasta una prestación máxima de \$50,000.</p>

<p><b>Servicios de urgencia (3)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para servicios de médicos o de prestadores de servicios médicos.</p> <p>Medicare cubre la atención médica inmediata para el tratamiento de lesiones o enfermedades repentinas que no constituyen una emergencia médica. En un entorno ambulatorio hospitalario, usted también le paga un copago al hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$0 por servicios de atención médica urgente.</li> </ul> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este folleto para informarse sobre otros costos.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías (es posible que los costos de estos servicios varíen según el lugar donde se realicen) (1, 2, 3)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para radiografías, imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, electrocardiogramas y otras pruebas diagnósticas cubiertas.</p> <p>Si se le hace un examen en un hospital, como paciente ambulatorio, también paga el coseguro del 20 % por el hospital, pero, en la mayoría de los casos, ese monto no puede superar el deducible por estadía hospitalaria de la Parte A.</p> <p>Entre los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare se incluyen ciertos análisis de sangre y de orina, ciertas pruebas en muestras de tejido y algunos exámenes de detección. En general, usted no paga nada por estos servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas): Usted paga un copago de un mínimo de \$20 a un máximo de \$175.</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0.</li> <li>• Servicios de laboratorio: copago de \$0.</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): Usted paga un coseguro del 20 %.</li> </ul>
<p><b>Servicios para la audición (2, 3)</b></p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro para exámenes de audición de diagnóstico y tratamiento de problemas relacionados con la audición y el equilibrio con cobertura de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas relacionados con la audición y el equilibrio: Usted paga un copago de \$15.</li> <li>• Examen de audición de rutina: copago de \$0</li> </ul>

<p><b>Servicios para la audición (2, 3) (Continuación)</b></p>	<p>Los exámenes de audición de rutina y los audífonos no están cubiertos por Original Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuste/evaluación de audífonos: copago de \$0</li> </ul> <p>Se cubre un (1) audífono con un copago de \$400 cada tres (3) años.</p> <p>Debe consultar a un proveedor de NationsHearing para acceder a esta prestación.</p> <p>No hay ninguna alternativa fuera de la red para servicios para el cuidado auditivo complementarios.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p>Medicare no cubre la mayoría de los servicios para el cuidado dental (esto incluye servicios en relación con cuidados preventivos, tratamiento, empaste, exodoncia o remplazo de dientes).</p>	<p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (hasta una [1] cada seis meses): copago de \$0.</li> <li>• Radiografías dentales (hasta una [1] por año): copago de \$0.</li> <li>• Tratamiento con fluoruro (hasta uno [1] por año): copago de \$0.</li> <li>• Exámenes bucales (hasta uno [1] cada seis meses): copago de \$0.</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: copago de \$0</li> <li>• Tratamientos radiculares: copago de \$0.</li> <li>• Periodoncia: copago de \$0.</li> <li>• Extracciones: copago de \$0.</li> <li>• Dentaduras o prótesis fijas: copago de \$0.</li> </ul> <p>La compañía aseguradora paga hasta \$2,000 por año por la mayoría de los servicios para el cuidado dental preventivos e integrales de modo compartido.</p> <p>No hay ninguna alternativa fuera de la red para servicios dentales complementarios.</p>



<p><b>Servicios para la vista (3)</b></p>	<p>Usted paga un 20 % de coseguro por el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y problemas de la vista, lo que incluye un examen de detección de glaucoma anual para personas en riesgo.</p> <p>Medicare cubre un par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) después una cirugía de cataratas con implante de lente intraocular.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por un examen para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y problemas de la vista (que incluye detección de glaucoma anualmente). La compañía aseguradora cubre un (1) par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) sin costo alguno después una cirugía de cataratas con implante de lente intraocular.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista de rutina (uno [1] por año): copago de \$0</li> <li>• Anteojos (armazones y lentes) (uno <b>(1)</b> por año): copago de \$0.</li> </ul> <p>La compañía aseguradora paga un máximo de \$200 por año por anteojos (armazones y lentes). No hay ninguna alternativa fuera de la red para servicios dentales de la vista complementarios.</p>
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (1, 2)</b></p>	<p>En 2019, las sumas para cada período de prestaciones son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un deducible de \$1,364 y nada de coseguro por los días 1 a 60 de cada período de prestaciones.</li> <li>• Usted paga \$341 por día por los días 61 a 90 de cada período de prestaciones.</li> <li>• Usted paga \$682 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de prestaciones (hasta un máximo de 60 días en toda la vida).</li> <li>• Usted paga todos los costos por cada día después de usar todos los días de reserva de por vida.</li> </ul> <p>La atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente se limita a 190 días durante toda su vida, Estos montos pueden cambiar en 2020.</p>	<p><b>La compañía aseguradora cubre hasta 190 días durante toda su vida para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$175 por día para los días 1 a 5.</li> <li>• \$0 por día para los días 6 a 90.</li> </ul> <p>Nuestro seguro también incluye 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Usted paga todos los costos por cada día después de usar todos los días de reserva de por vida.</p>

<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (1, 2, 3)</b>  <b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (1, 2, 3)</b>  <b>Continuación</b></p>	<p>En general, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas a un médico u otro prestador de servicios médicos para el diagnóstico o el control del problema de salud o para un cambio en la receta.</li> <li>• Tratamiento ambulatorio del problema médico (como asesoramiento o psicoterapia).</li> <li>• Programa de hospitalización parcial: un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico ambulatorio activo más intenso que la atención recibida en el consultorio médico o del terapeuta, que constituye una alternativa a la hospitalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de \$15.</li> <li>• Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de \$15.</li> <li>• Consulta de hospitalización parcial para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de \$55.</li> </ul>
<p><b>Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (1, 3)</b></p>	<p>Usted paga un coseguro del 20 % del monto aprobado por Medicare.</p>	<p>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de \$15.</p> <p>Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de \$15.</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF) (1, 3)</b></p>	<p>En 2019, usted paga lo siguiente:</p> <p>Medicare requiere una estadía de internación hospitalaria de tres (3) días antes de la admisión en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por los primeros 20 días de cada período de prestaciones.</li> <li>• \$170.50 por día por los días 21 a 100 de cada período de prestaciones.</li> <li>• Todos los costos por día después del día 100 en un período de prestaciones.</li> </ul> <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p>	<p>La compañía aseguradora cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. Se requiere una estadía de internación hospitalaria de tres (3) días antes de la admisión en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 por día para los días 1 a 20.</li> <li>• Usted paga un copago de \$178 por día para los días 21 a 100.</li> </ul> <p>No se le cobrarán gastos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p>

<p><b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios (1, 3)</b></p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare si obtiene servicios en el consultorio del médico. En un entorno ambulatorio hospitalario, usted también le paga un copago al hospital.</p> <p>Terapia ocupacional: Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): Usted paga un copago de un mínimo de \$15 a un máximo de \$100.</li> <li>• Consultas de terapia ocupacional: Usted paga un copago de \$15.</li> <li>• Consultas de fisioterapia y de terapia del habla y lenguaje: Usted paga un Copago de \$15.</li> </ul>
<p><b>Ambulancia (3)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada viaje en ambulancia de ida por tierra cubierto: Usted paga un copago de \$125.</li> <li>• Ambulancia por aire cubierta: Usted paga un Copago de \$125.</li> </ul>
<p><b>Transporte (que no es de emergencia)</b></p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Este seguro no cubre transporte que no es de emergencia.</p>
<p><b>Medicamentos de la Part B</b></p>	<p>Por quimioterapia administrada en un consultorio médico o una clínica independiente, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare y es posible que se aplique el deducible de la Parte B.</p> <p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para otros medicamentos cubiertos y es posible que se aplique el deducible de la Parte B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para medicamentos de la Parte B como los medicamentos de quimioterapia: 20 % del costo total.</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: 20 % del costo total.</li> </ul>
<p><b>Atención de los pies (servicios de podiatría) (2, 3)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Medicare cubre exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes o cumple ciertas condiciones.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 para la atención de podiatría cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios de podiatría de rutina no están cubiertos.</p>

<p><b>Servicios y suministros para la diabetes (1, 2, 3)</b></p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por suministros para la diabetes.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro por capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro para calzado o plantillas ortopédicos para diabéticos.</p>	<p>Suministros para el control de la diabetes: copago de \$0</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: copago de \$0</p> <p>Calzado o plantillas ortopédicos: copago de \$0. Se requiere autorización después de 1 par de calzado y 3 plantillas para diabéticos.</p> <p>El plan cubre suministros para el control de la diabetes de fabricación específica.</p>
<p><b>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) (1, 2, 3)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p>	<p>Equipo médico duradero (DME, en inglés): Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.</p>

<b>Programas de bienestar</b>		
<b>Membresía al club de salud y acondicionamiento físico SilverSneakers®</b>	Sin cobertura	<p>Copago de \$0 por pertenecer a un club de salud participante mientras se encuentra asegurado a nuestra cobertura.</p> <p>Puede encontrar un listado de los clubes participantes en nuestro sitio web, <a href="http://www.clearspringhealthcare.com">www.clearspringhealthcare.com</a>, o puede llamar a Atención al Asegurado al 877-384-1241, TTY: 7-1-1.</p>
<b>Artículos de venta libre</b>	Sin cobertura	<p>La compañía aseguradora pagará hasta \$50 cada tres (3) meses por la compra de artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Visite nuestro sitio web para ver nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos.</p>

<b>Medicamentos de la Part B</b>		
	<p>Por quimioterapia administrada en un consultorio médico o una clínica independiente, usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare y es posible que se aplique el deducible de la Parte B.</p> <p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para otros medicamentos con cobertura, y es posible que se aplique el deducible de la Parte B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para medicamentos de la Parte B como los medicamentos de quimioterapia: 20 % del costo total.</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: 20 % del costo total.</li> </ul>

<b>Prestaciones para medicamentos con receta</b>		
<b>Cobertura inicial</b>		
<b>Deducible</b>	El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid determinó que el deducible para prestaciones estándar para 2020 es de \$435.	Deducible de \$0.

<p><b>Cobertura inicial</b></p>	<p>En Original Medicare, si aún no tiene una cobertura válida de medicamentos recetados (por ejemplo, de parte de su empleador o sindicato actual o anterior) y desea obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, debe unirse a un plan de medicamentos con receta del programa Medicare o puede obtener toda la cobertura de Medicare al unirse a un plan Medicare Advantage.</p>	<p>Pagará lo siguiente hasta que el costo total anual de los medicamentos alcance los \$4,020. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro seguro de la Parte D pagaron.</p> <p>Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia solo por un suministro de un mes.</p> <p>Los medicamentos administrados como parte de una terapia de infusión en el hogar requieren un coseguro del 20 %.</p> <p>Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red solo por un suministro de un mes.</p> <p>Para obtener información sobre gastos compartidos en compras a minoristas, consulte la tabla 1. Para obtener información sobre gastos compartidos en pedidos por correo postal, consulte la tabla 2.</p>
---------------------------------	--	---

**Tabla 1**

<b>Gastos compartidos estándares (dentro de la red)</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Suministro de tres meses</b>
<b>Nivel 1 Genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 Genéricos</b>	\$6 de copago	\$12 de copago
<b>Nivel 3 De marca preferida</b>	\$35 de copago	\$70 de copago
<b>Nivel 4 De marca no preferida</b>	\$85 de copago	\$255 de copago
<b>Nivel 5 Nivel especializado</b>	33 % del costo	33 % del costo

**Tabla 2**

<b>Pedido estándar por correo postal</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Suministro de tres meses</b>
<b>Gastos compartidos (de la red)</b>		
<b>Gastos compartidos del Nivel 1</b> Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Gastos compartidos del Nivel 2</b> Genéricos	\$6 de copago	\$12 de copago
<b>Gastos compartidos del Nivel 3</b> De marca preferida	\$35 de copago	\$70 de copago
<b>Gastos compartidos del Nivel 4</b> De marca no preferida	\$85 de copago	\$255 de copago
<b>Gastos compartidos del Nivel 5</b> Nivel especializado	33 % del costo	33 % del costo

<p><b>Interrupción en la cobertura</b></p>	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance un total de \$4,020.</p> <p>Luego de que ingrese en el período de interrupción en la cobertura, usted paga el 25% del costo de la cobertura para medicamentos de marca incluidos y el 37% del costo de la cobertura para medicamentos genéricos incluidos hasta que sus gastos alcancen un total de \$6,350, lo que marca el final del período de interrupción en la cobertura. No todos ingresarán al período de interrupción en la cobertura.</p>
<p><b>Cobertura para enfermedades catastróficas</b></p>	<p>Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (que incluye los medicamentos que compre en su farmacia y a través de pedidos por correo) alcance un total de <b>\$6,350</b>, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el 5 % del costo, o</li> <li>• un copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>



<b>Otros servicios y atención</b>		
<b>Atención quiropráctica (1, 3)</b>	<p>Medicare cubre la manipulación de la columna vertebral si es médicamente necesaria para corregir una subluxación cuando la realiza un quiropráctico u otro prestador de servicios médicos que cumple con los requisitos.</p> <p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p>	<p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno [1] o más huesos de la columna vertebral se mueven de su posición): Usted paga un copago de \$15.</p>
<b>Atención médica a domicilio (1)</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de atención médica a domicilio cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p>
<b>Centros paliativos</b>	<p>Usted paga parte del costo por los medicamentos para pacientes ambulatorios y puede pagar parte del costo de atención médica de relevo para pacientes internados.</p> <p>Debe recibir atención de un centro paliativo certificado por Medicare.</p>	<p>Debe recibir atención de un centro paliativo certificado por Medicare. Antes de seleccionar el centro paliativo, debe consultar con la compañía aseguradora.</p>
<b>Prótesis (férulas, extremidades artificiales, etc.) (1, 3)</b>	<p>Para que Medicare cubra prótesis u ortótica, debe recurrir a un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare aprobado por Medicare.</p>	<p>Prótesis: Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Suministros médicos relacionados: Usted paga el 20 % del costo total.</p>
<b>Diálisis renal (2, 3)</b>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>

**(1) Este servicio puede requerir autorización previa**

**(2) Es posible que este servicio requiera una orden médica (referido) de su médico**

**(3) Conforme a Original Medicare, el deducible de la Parte B se aplica a este servicio.**

Clear Spring Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. CSH no excluye a personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Clear Spring Health Essential Plus HMO:**

- **Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:**
  - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- **Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:**
  - intérpretes capacitados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Asegurado al 877-384-1241, TTY: 7-1-1.

Si cree que Clear Spring Health Essential Plus HMO no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera según raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante nuestro coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator, en inglés):

Attn: Civil Rights Coordinator  
Clear Spring Health  
250 S. Northwest Highway  
Park Ridge, IL 60068

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, nuestro Departamento de Atención al Asegurado está disponible para asistirle. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal 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, 800-537-7697 (TDD).

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

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-384-1241 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877-384-1241 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 877-384-1241 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 877-384-1241 (TTY:711)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-384-1241 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 877-384-1241 (TTY: 711).

Arabic: نُبَيِّنُ: إذا كنت تتحدث بالعربية، خدمات المساعدة اللغوية، مجانية، متوفرة لك. اتصل بالرقم 877-384-1241 (TTY):711.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 877-384-1241 (TTY:711).

Gujarati: સચના : જો તમ ગજરા તી બાલોલત હાલો, તો ન:શક્ક લા ષ સહા ય સવા ઓ તમ્ ર મ્ ઠ

ઉપલબ્ધ છ. ફોન કરો 877-384-1241 (TTY: 711).

Urdu: الڪ - نه باؤسند نيم تلم تامدخ ڪ ڪ ددم ڪ نلز وڪ پا وٺ، ٺه ٺلوو و ڊرا پا رگا: رادرخ ٺ ٺ ٺ 877-384-1241 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 877-384-1241 (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 877-384-1241 (TTY: 711).

Hindi: ध् य् नदे: यददआपह द् बोलतहै द् आपकालएमफ् तमे भ् ष सह् यत सेव् ए उपलब्धहै 877-384-1241 (TTY: 711) परकॉलकरा

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 877-384-1241 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 877-384-1241 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 877-384-1241 (TTY: 711).