



## ***Clear Spring Health Essential (HMO) ofrecido por Clear Spring Health of Illinois, Inc.***

# **Aviso anual de los cambios para 2020**

Actualmente se encuentra asegurado como miembro de *Clear Spring Health Essential (HMO)*. El próximo año habrá algunos cambios en las prestaciones y costos de la aseguradora. Este folleto le informa acerca de los cambios.

- **Tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** ¿Qué cambios le afectan?

- Verifique los cambios en nuestros costos y prestaciones para ver si le afectan.
  - Es importante que verifique su cobertura ahora para asegurarse de cumplir con sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
  - Consulte las secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los costos y las prestaciones de nuestra aseguradora.
- Verifique en el folleto los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con gastos compartidos diferentes?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de aprobación antes de surtir su medicamento con receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
  - Consulte la Lista de medicamentos de 2020 y la sección 2.4 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede hacerle ahorrar en los gastos anuales de bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre el precio de los medicamentos cada año. Recuerde que las prestaciones de su cobertura determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar sus costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
    - ¿Sus médicos, entre ellos los especialistas a quienes consulta regularmente, se encuentran dentro de nuestra red?
    - ¿Qué pasa con los hospitales u otros profesionales médicos que consulta?
    - Consulte la sección 2.3 para obtener más información sobre nuestro Directorio de proveedores de servicios de salud.
- Considere todos los costos de sus servicios de atención médica.
    - ¿Cuál será su gasto de bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
    - ¿Cuánto gastará por su prima de la póliza y los deducibles?
    - ¿Cómo se comparan sus costos del seguro médico con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Reflexione si está satisfecho con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Conozca otras opciones de cobertura
- Compruebe la cobertura y los costos de los seguros médicos de su área.
    - Utilice la función de búsqueda personalizada del Buscador de Seguros Médicos de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de medicamentos y de salud”.
    - Verifique la lista en la contraportada de su manual Medicare y usted.
    - Consulte la sección 3.2 para obtener más detalles sobre sus opciones.
- Una vez que defina su elección de un seguro médico que prefiera, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del seguro médico.
- 3. SELECCIONE:** Decida si desea cambiar su cobertura
- Si desea **mantener su cobertura Clear Spring Health Essential (HMO)**, no es necesario que haga nada. Permanecerá dentro de *Clear Spring Health Essential (HMO)*.
  - Para cambiar a un **plan diferente** que pueda cubrir mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

**4. SOLICITE COBERTURA:** Para cambiar de cobertura, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2019**, permanecerá dentro de *Clear Spring Health Essential (HMO)*.
- Si se inscribe en otra cobertura antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Llame a Atención al Asegurado al *1-877-384-1241* para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al *7-1-1*). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes.
- **La cobertura conforme a este Plan de cobertura cumple con los requisitos de cobertura médica elegible (QHC, en inglés)** y con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite la página del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

**Acerca de *Clear Spring Health Essential (HMO)***

- *Clear Spring Health Essential (HMO)* es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) con un contrato con Medicare. La cobertura de *Clear Spring Health Essential (HMO)* depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a *Clear Spring Health of Illinois, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a *Clear Spring Health of Illinois, Inc.*

## Resumen de costos importantes para 2020

La tabla que figura a continuación compara los costos de 2019 con los de 2020 para la cobertura *Clear Spring Health Essential (HMO)* en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, [www.ClearSpringHealthCare.com](http://www.ClearSpringHealthCare.com). También puede llamar a Atención al Asegurado y solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan</b> (Consulte la sección 2.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Gasto máximo de bolsillo</b> Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más detalles).	\$3,400	\$2,900
<b>Consultas médicas presenciales</b>	Consultas de atención médica básica: \$0 por consulta médica  Consultas a especialistas: \$30 por visita	Consultas de atención médica básica: \$0 por consulta médica  Consultas a especialistas: \$30 por visita
<b>Estadías en hospital para pacientes hospitalizados</b> Incluye atención aguda para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención de larga duración y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.	<i>Copago de \$225 por día para los días 1 a 8.</i>  <i>Copago de \$0 por día para los días 9 a 90.</i>	<i>Copago de \$225 por día para los días 1 a 8.</i>  <i>Copago de \$0 por día para los días 9 a 90</i>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b>	Deducible: \$0	Deducible: \$0.
(Consulte la sección 2.6 para obtener más detalles).	<i>Copago/coseguro</i> durante la etapa de cobertura inicial:	<i>Copago/coseguro</i> durante la etapa de cobertura inicial:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de pago por medicamento: copago de \$3.</li> <li>• Nivel 2 de pago por medicamento: copago de \$12.</li> <li>• Nivel 3 de pago por medicamento: copago de \$47.</li> <li>• Nivel 4 de pago por medicamento: copago de \$100.</li> <li>• Nivel 5 de pago por medicamento: 33 % de coseguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de pago por medicamento: copago de \$3.</li> <li>• Nivel 2 de pago por medicamento: copago de \$12.</li> <li>• Nivel 3 de pago por medicamento: copago de \$47.</li> <li>• Nivel 4 de pago por medicamento: copago de \$100.</li> <li>• Nivel 5 de pago por medicamento: 33 % de coseguro.</li> </ul>

## **Aviso anual de los cambios para 2020 Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2020 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, automáticamente estará asegurado con <i>Clear Spring Health Essential (HMO)</i> en 2020.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año .....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....	4
Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo .....	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de prestadores de servicios médicos .....	5
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 2.5 – Cambios en los costos y las prestaciones para los servicios médicos .....	6
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D .....	6
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir .....</b>	<b>10</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en <i>Clear Spring Health Essential (HMO)</i> .....	10
Sección 3.2 – Si desea cambiar de cobertura.....	10
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de cobertura .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por sus medicamentos con receta.....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>12</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de <i>Clear Spring Health Essential (HMO)</i> .....	13
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	13

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, automáticamente estará asegurado con *Clear Spring Health Essential (HMO)* en 2020

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare para el 7 de diciembre de 2019, automáticamente lo aseguraremos con *Clear Spring Health Essential (HMO)*. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2020, obtendrá cobertura médica mediante *Clear Spring Health Essential (HMO)*. Si lo desea, puede cambiarse a una cobertura médica de Medicare diferente. También puede cambiar a Original Medicare. Si desea cambiar, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si cumple con los requisitos para el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés), es posible que sea capaz de cambiar de cobertura en otros momentos.

La información que se incluye en el presente documento detalla las diferencias entre sus prestaciones actuales en virtud de *Clear Spring Health Essential (HMO)* y las prestaciones que tendrá el 1 de enero de 2020 como asegurado de *Clear Spring Health Essential (HMO)*.

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

### Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También tiene que seguir pagando su prima de la póliza de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos del Programa Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si posee un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno para la cobertura de su medicamento con receta de Medicare.
- Su prima mensual del plan será *menor* si recibe el “Beneficio Adicional” para sus costos de medicamentos con receta.

## Sección 2.2: Cambios en su monto máximo de bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los seguros de gastos médicos limiten la cantidad de “gastos de bolsillo” que debe realizar durante el año. Este límite se denomina “gasto máximo de bolsillo”. Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Gasto máximo de bolsillo</b>	\$3,400	\$2,900
Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan de salud no cuenta dentro del gasto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$2,900 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

## Sección 2.3: Cambios en la red de prestadores de servicios médicos

Existen cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. En nuestro sitio web, [www.ClearSpringHealthCare.com](http://www.ClearSpringHealthCare.com), encontrará el Directorio de Proveedores actualizado. También puede llamar a Atención al Asegurado para obtener información actualizada sobre los prestadores de servicios o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de prestadores de servicios médicos por correo postal. **Verifique el Directorio de prestadores de servicios médicos de 2020 para corroborar si sus prestadores médicos (profesional médico principal, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, médicos, especialistas (prestadores de servicios médicos) que forman parte de nuestro seguro durante el año. Existen varios motivos por los que su prestador de servicios médicos puede abandonar su seguro, pero si su médico o especialista lo abandonan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de prestadores de servicios médicos puede cambiar durante el año, se nos exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas que cumplan con los requisitos.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el que le comunicaremos que su prestador de servicios médicos está por abandonar la red de nuestra cobertura, de modo que tenga tiempo de elegir a uno nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo prestador de servicios médicos que cumpla con los requisitos para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.



- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que no se interrumpa dicho tratamiento que está recibiendo, el cual es necesario por razones médicas.
- Si cree que no le hemos proporcionado un prestador de servicios médicos que cumpla con los requisitos para remplazar a su profesional o que no se está administrando su atención de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar la red de su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos y a administrar su atención médica.

## Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia a la cual acude. Los planes del programa Medicare incluyen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

## Sección 2.5: Cambios en los costos y las prestaciones para los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La información que figura a continuación describe dichos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Tabla de prestaciones médicas (lo que está cubierto y lo que debe pagar usted)*, en su *Evidencia de Cobertura 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b><i>Centro de enfermería especializada (SNF)</i></b>	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.  Usted paga un copago de \$172 por día para los días 21 a 42.  Usted paga un copago de \$0 por día para los días 43 a 100.	Usted paga un copago de \$20 por día para los días 1 a 20.  Usted paga un copago de \$178 por día para los días 21 a 100.
<b><i>Cobertura de emergencias en todo el mundo</i></b>	<i>Usted paga \$120 por evento.</i>  <i>Sin cobertura máxima de prestaciones.</i>	<i>Usted paga \$120 por evento.</i>  <i>Cobertura máxima anual de prestaciones de \$50,000.</i>
<b><i>Telesalud</i></b>	<i>Sin cobertura.</i>	<i>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de médicos de cabecera recibidos por telesalud.</i>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Tratamiento con opioides</b>	Sin cobertura.	Usted paga el 20 % del costo total de los montos aprobados por Medicare. Se requiere autorización.
<b>Radiología diagnóstica para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga el 20 % del costo total de los montos aprobados por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por algunos ultrasonidos de diagnóstico y exámenes de detección de densidad ósea de diagnóstico.  Usted paga un copago de \$175 para todos los demás servicios de radiología diagnóstica (p. ej., tomografía computarizada, imagen por resonancia magnética)
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga un copago de \$200 por visita.	Usted paga un copago de \$200 por visita.  Usted paga un copago de \$30 por remoción de algunos papilomas cutáneos en un consultorio dermatológico.
<b>Centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, en inglés)</b>	Usted paga un copago de \$200 por visita.	Usted paga un copago de \$175 por visita.  Usted paga un copago de \$30 por remoción de algunos papilomas cutáneos con un dermatólogo.
<b>Equipo médico duradero (DME, en inglés)</b>	Se requiere autorización.	Se requiere autorización para artículos que superan los \$500.
<b>Servicios y suministros para la diabetes</b>	Se requiere autorización.	Se requiere autorización después de 1 par de calzado y 3 plantillas para diabéticos.
<b>Servicios para el cuidado dental: preventivos e integrales</b>	Sin prestaciones de servicios dentales complementarios.	Usted puede usar hasta \$1,000 por año para servicios dentales integrales y preventivos.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Audífonos</b>	Usted paga \$380 por audífono. La prestación puede usarse anualmente.	Usted paga un copago de \$400 por audífono. La prestación puede usarse cada tres años.

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

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos con cobertura se denomina “Lista de medicamentos”. Se proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Verifique la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirán restricciones.**

Si algún cambio en la cobertura de los medicamentos le afecta, usted puede:

- **Hablar con su médico (u otra persona que receta) y pedirle a la aseguradora que haga una excepción** para que cubra el medicamento.
  - Para obtener más información sobre lo que tiene que hacer para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura])* o llame a Atención al Asegurado.
- **Hablar con su médico (o la persona que receta) para encontrar otro medicamento** que cubra la cobertura. Puede llamar a Atención al Asegurado para pedir una lista de medicamentos con cobertura que traten el mismo problema de salud.
- En algunas situaciones, se nos exige que cubramos durante los primeros 90 días de cobertura del año del seguro médico o durante los primeros 90 días de ser asegurado un suministro provisional de un medicamento que no está en la Lista para evitar interrumpir el tratamiento. (Para obtener más detalles acerca de cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo puede pedir uno, consulte el capítulo 5, sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el período en que obtenga su suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiarlo por un medicamento diferente con cobertura o pedirle a la aseguradora que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.
- *Si tiene una excepción al nivel o la Lista de medicamentos (Formulary) durante el año de contrato actual, no se le requerirá que solicite el proceso de excepción para tales medicamentos para el año siguiente si la excepción aún tiene vigencia. Clear Spring Health le permitirá obtener los medicamentos conforme al proceso de excepción por un año calendario completo a partir del día de aprobación de su excepción.*

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año podemos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico (o con otra persona que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Aviso:** Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.**

Existen cuatro “etapas de cobertura para medicamentos”. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el capítulo 6, sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que figura a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asegurados no llegan a las otras dos etapas [la etapa de interrupción de la cobertura o la etapa de cobertura para enfermedades catastróficas]; para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el las secciones 6 y 7 del capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, [www.ClearSpringHealthCare.co](http://www.ClearSpringHealthCare.co); también puede llamar a Atención al Asegurado y pedirnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo).

### Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	El deducible es de \$0	El deducible es de \$0.

### Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener más detalles sobre el funcionamiento de los copagos y los coseguros, consulte el capítulo 6, sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, la compañía aseguradora paga su parte del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga su parte de dicho costo.</b></p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p><i>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</i> Usted paga \$3 por receta médica</p> <p><i>Nivel 2: medicamentos genéricos</i> Usted paga \$12 por receta médica</p> <p><i>Nivel 3: medicamentos de marca preferida</i> Usted paga \$47 por receta médica</p> <p><i>Nivel 4: medicamentos de marca no preferida</i> Usted paga \$100 por receta médica</p> <p><i>Nivel 5: medicamentos especializados</i> Usted paga el 33 % del costo total</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p><i>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</i> Usted paga \$3 por receta médica</p> <p><i>Nivel 2: medicamentos genéricos</i> Usted paga \$12 por receta médica</p> <p><i>Nivel 3: medicamentos de marca preferida</i> Usted paga \$47 por receta médica</p> <p><i>Nivel 4: medicamentos de marca no preferida</i> Usted paga \$100 por receta médica</p> <p><i>Nivel 5: medicamentos especializados</i> Usted paga el 33 % del costo total</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red con gastos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos preferidos o medicamentos con receta de pedidos por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de la cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de la cobertura).</p>

	2019 (este año)	2020 (próximo año)
--	-----------------	--------------------

### **Cambios en las etapas de interrupción de la cobertura y cobertura para casos catastróficos**

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa de interrupción de la cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanzan la Etapa de interrupción de la cobertura ni la Etapa de cobertura para casos catastróficos.** Para obtener información sobre sus costos durante estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir**

### **Sección 3.1: Si desea permanecer en *Clear Spring Health Essential (HMO)***

**Para permanecer en nuestra cobertura, no tiene que hacer nada.** Si no se registra para un seguro diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como asegurado de nuestra cobertura para 2020.

---

## Sección 3.2: Si desea cambiar de cobertura

---

Esperamos que siga siendo nuestro asegurado durante el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2020, debe seguir estos pasos:

### Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en una cobertura médica de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un seguro de medicamentos de Medicare. Si no solicita cobertura de un seguro de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 para informarse sobre una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más detalles acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de cobertura de Medicare, lea el instructivo *Medicare y usted 2020*, llame a su Programa de Asistencia del Seguro Médico Estatal (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los seguros médicos en su localidad al usar el Buscador de Seguros médicos de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar cobertura de medicamentos y de salud”. **En el presente documento, encontrará la información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de calidad para los seguros de Medicare.**

Como recordatorio, *Clear Spring Health* ofrece otra cobertura médica de Medicare U otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes con respecto a la cobertura, las primas mensuales, y los montos de gastos compartidos.

### Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse **a una cobertura médica diferente del programa Medicare**, debe inscribirse en un plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción de *Clear Spring Health Essential (HMO)*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un seguro de medicamentos con receta**, debe solicitar cobertura de un seguro de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción de *Clear Spring Health Essential (HMO)*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin cobertura de medicamentos con receta**, entonces deberá hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comunicarse con Atención al Asegurado si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la sección 7.1 del presente folleto).
  - *O bien*, comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de cobertura

Si desea cambiarse a un seguro diferente o a Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

### ¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, los que reciben el “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, los que tienen o dejan la cobertura de su empleador y los que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si solicitó una cobertura Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le agrada su opción de cobertura, puede cambiar a otro seguro de gastos médicos de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que posee asesores capacitados en todos los estados. En *Illinois*, SHIP se denomina Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada.

El Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada de Illinois es independiente (no está vinculado con ninguna compañía aseguradora ni cobertura médica). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros de gastos médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros del Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada de Illinois pueden ayudarlo con los problemas o preguntas que tenga sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de coberturas de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de seguro médico. Puede llamar al Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada de Illinois al (800) 252-8966. Puede conocer más detalles del *Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada de Illinois* visitando su sitio web (*AGING.SHIP @illinois.gov*).



## SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por sus medicamentos con receta

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir el “Beneficio Adicional” para pagar sus costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare puede pagarle hasta un 75 % o más de sus gastos para medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no tendrán una multa por interrupción en la cobertura o por inscripción tardía. Muchas personas son cumplen con los requisitos y ni siquiera lo saben. Para saber si usted cumple con los requisitos, llame:
  - al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o
  - su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Illinois* tiene un programa denominado *Illinois State Pharmaceutical Assistance Program* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad o problema de salud. Para obtener más detalles sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la sección 5 de este folleto).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permitan salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare también incluidos en el programa ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los gastos compartidos de los medicamentos con receta *Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud Pública de Illinois*. Aviso: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, este puede continuar proporcionándole asistencia con los gastos compartidos en medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos de la lista de medicamentos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, informe al encargado de las inscripciones en el ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre del plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare.

Illinois Department of Public Health  
535 W. Jefferson St  
Springfield, IL 62761  
Número de teléfono: (217) 782-4977  
Usuarios de TTY: (800) 547-0466  
Número de fax: (217) 782-3987

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo solicitar cobertura del programa, llame al (217) 782-4977.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de *Clear Spring Health Essential (HMO)*

¿Tiene alguna pregunta? Estamos a sus órdenes. Llame a Atención al Asegurado, al 1-877-384-1241. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1). Estamos disponibles para llamadas telefónicas entre el 1 de octubre y el 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura 2020* (allí encontrará detalles sobre los costos y las prestaciones del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y prestaciones para el año 2020. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2020* de *Clear Spring Health Essential (HMO)*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de sus prestaciones del seguro médico. Le explica sus derechos y las normas que tiene que seguir para obtener los medicamentos recetados y los servicios incluidos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, [www.ClearSpringHealthCare.com](http://www.ClearSpringHealthCare.com). También puede llamar a Atención al Asegurado y solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web, [www.ClearSpringHealthCare.com](http://www.ClearSpringHealthCare.com). Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores de servicios médicos (Directorio de prestadores de servicios médicos) y nuestro listado de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos).

---

## **Sección 8.2: Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener más información directamente de Medicare:

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

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los seguros de gastos médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre los seguros médicos en su área al usar el Buscador de Seguros médicos de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información acerca de los seguros, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar seguros de medicamentos y de salud”).

### **Lea el manual Medicare y usted 2020**

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Cada año durante el otoño, se envía por correo este folleto a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y la protección de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web del programa Medicare (<https://www.medicare.gov>) o 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.