

Clear Spring Health Essential HMO

H5454, Plan 001 y H5454, Plan 002

del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Clear Spring Health es un plan Medicare Advantage de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), que incluye un contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información del beneficio aquí brindada no incluye todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para recibir una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura”. Para obtener una copia de nuestra Evidencia de cobertura, llame al 877-384-1241 o a la línea para personas con problemas de audición (TTY) 711, o visite www.clearspringhealthcare.com.

Para inscribirse en **Clear Spring Health** (HMO), debe tener derecho a recibir los beneficios de la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: Boone, Clinton, Macoupin, Madison, Ogle, St. Clair, Stephenson, Winnebago, Cook DuPage, Kane, Kankakee, La Salle, McHenry y Will.

Excepto en situaciones de emergencia, si se atiende con proveedores que no están incluidos en nuestra red, es posible que no cubramos los servicios de dichos proveedores.

Para conocer la cobertura y el costo de Original Medicare, consulte su manual “Medicare y usted” vigente.

Léalo en línea en www.medicare.gov o reciba una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al 1-877-384-1241 (TTY: 711) o visítenos en www.clearspringhealthcare.com. Nuestro centro de llamadas está abierto desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre; y desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m., de lunes a domingo, del 1 de octubre al 31 de marzo. Puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y feriados federales.

ATENCIÓN: Si habla español, disponemos de servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-877-384-1241 (TTY: 711).

Clear Spring Health cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential HMO
Prima mensual del plan	Usted paga \$0. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Atención intrahospitalaria	No deducible.
Responsabilidad por máximo de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	Usted paga hasta \$3,400 por año. Incluye los copagos y otros costos por servicios médicos en el año.
Atención intrahospitalaria	Usted paga \$225 por día, desde el día 1 hasta el día 8. Usted no paga nada desde el día 9 hasta el día 90. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.
Atención ambulatoria	Usted paga \$200. Se requiere autorización previa para los servicios ambulatorios. Se requiere remisión.

Clear Spring Health Essential HMO — H5454, Plan 001, H5454, Plan 002
del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential HMO
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria • Médicos especialistas 	Usted no paga nada. Usted paga \$30. Se requiere autorización previa para las consultas con médicos especialistas. Se requiere remisión.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Se requiere autorización previa para los servicios de atención preventiva. Se requiere remisión. Tiene disponibles otros servicios de atención preventiva. Algunos servicios cubiertos tienen costo.
Atención de emergencia	Usted paga \$120 por consulta.
Servicios de urgencia	Usted paga \$35 por consulta.

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO / LABORATORIO / IMÁGENES

Servicios de diagnóstico / laboratorio / imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos diagnósticos 	Usted paga \$2. Se requiere remisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio 	Usted paga \$2. Se requiere remisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Imagen por resonancia magnética, tomografía axial computarizada 	Usted paga el 20% del costo. Se requiere remisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías 	Usted paga \$4. Se requiere autorización previa para algunos servicios. Se requiere remisión.

SERVICIOS AUDITIVOS

Beneficios complementarios <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina 	Usted paga \$5 y dispone de un examen auditivo de rutina por año. Se requiere remisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos 	Usted paga \$380 por audífono (todos los tipos). Se requiere autorización para acceder a exámenes auditivos y recibir los audífonos. Se requiere remisión.
Beneficios cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos 	Usted paga \$5 por consulta. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.

SERVICIOS DENTALES

Atención preventiva - Beneficios complementarios <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza y examen bucal 	No cubierto.
Integral	Beneficios cubiertos por Medicare solamente. Usted paga el 20%. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.

Clear Spring Health Essential HMO — H5454, Plan 001, H5454, Plan 002
del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential HMO
----------------------------	--

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS

Beneficios complementarios <ul style="list-style-type: none"> • Examen oftalmológico de rutina • Anteojos (marco y lentes) 	Usted no paga nada y dispone de 1 examen oftalmológico de rutina por año. Se requiere remisión. Se paga \$105 cada dos años para la compra de estos elementos. Se requiere autorización para acceder a los exámenes oftalmológicos y recibir los anteojos. Se requiere remisión.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de grupo para pacientes ambulatorios / consulta terapéutica individual • Servicios a pacientes hospitalizados 	Usted paga \$30. Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental. Se requiere remisión. Usted paga \$225 por día, desde el día 1 hasta el día 8. Usted no paga nada desde el día 9 hasta el día 90. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.
Centro de enfermería especializada	Usted no paga nada desde el día 1 hasta el día 20. Usted paga \$172 por día, desde el día 21 hasta el día 42. Usted no paga nada desde el día 43 hasta el día 100. Se requiere autorización previa para los servicios del centro de enfermería especializada. Se requiere remisión.
Fisioterapia	Usted paga \$30. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.
Ambulancia	Usted paga \$225.
Transporte	No cubierto.
Medicamentos de Medicare Parte B	20% del costo de medicamentos de quimioterapia. 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B. Se requiere autorización previa para los medicamentos de Parte B. Se requiere remisión.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Deducible	Usted paga \$0.		
	Suministro con receta para 30 días en farmacia minorista	Suministro con receta para 90 días en farmacia minorista	Suministro para 90 días mediante pedido por correo
Cobertura inicial			
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga \$3.	Usted paga \$9.	Usted paga \$0.
Nivel 2: Genéricos no preferidos	Usted paga \$12.	Usted paga \$36.	Usted paga \$0.
Nivel 3: Marcas preferidas	Usted paga \$47.	Usted paga \$141.	Usted paga \$131.
Nivel 4: Marcas no preferidas	Usted paga \$100.	Usted paga \$300.	Usted paga \$290.
Nivel 5: Especialidad	Usted paga el 33%.	Usted paga el 33%.	Usted paga el 33%.

Clear Spring Health Essential HMO — H5454, Plan 001, H5454, Plan 002
del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential HMO
El reparto del costo puede variar según la farmacia que usted elija y el momento en que ingresa a una nueva fase del beneficio de la Parte D.	

BENEFICIOS EXTRA/MEJORADOS

<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de emergencia internacional 	Usted paga \$120.
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de gimnasio o kits de actividad física 	Silver y Fit: Membresía básica en un gimnasio aprobado por el plan o 2 kits de actividad física para el hogar por año. Se requiere remisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologías de acceso remoto 	Línea directa de enfermería y tecnologías basadas en el teléfono o la web: 12 consultas por año, limitadas a especialista de salud conductual, nutricionista y atención de urgencia. Se requiere remisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Receta alternativa mejorada 	Algunos medicamentos excluidos están cubiertos como parte de una cobertura complementaria (p. ej., medicamentos para tratar una disfunción eréctil).
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio en productos de venta libre 	Usted recibe un subsidio de \$50 cada tres meses.