

## Clear Spring Health Essential Plus HMO

H5454, Plan 003 y H5454, Plan 004

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 nuestra web en [www.clearspringhealthcare.com](http://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](http://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](http://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 Plus HMO
<b>Prima mensual del plan</b>	Usted paga \$47. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	No deducible.
<b>Responsabilidad por máximo de gastos de bolsillo</b> (no incluye los medicamentos recetados)	Usted paga hasta \$3,400 por año. Incluye los copagos y otros costos por servicios médicos en el año.
<b>Atención intrahospitalaria</b>	Usted paga \$175 por día, desde el día 1 hasta el día 5. Usted no paga nada desde el día 6 hasta el día 90. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.
<b>Atención ambulatoria</b>	Usted paga \$100. Se requiere autorización previa para los servicios ambulatorios. Se requiere remisión.
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria</li> <li>• Médicos especialistas</li> </ul>	Usted no paga nada. Usted paga \$15 por consulta. Se requiere autorización previa para las consultas con médicos especialistas. Se requiere remisión.

**Clear Spring Health Essential Plus HMO — H5454, Plan 003, H5454, Plan 004**  
del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential Plus HMO
<b>Atención preventiva</b> (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.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga \$120 por consulta.
<b>Servicios de urgencia</b>	Usted no paga nada.

**SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO / LABORATORIO / IMÁGENES**

<b>Servicios de diagnóstico / laboratorio / imágenes</b> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Usted no paga nada. Se requiere remisión.
• Servicios de laboratorio	Usted no paga nada. Se requiere remisión.
• Resonancia magnética, tomografía axial computarizada	Usted paga entre \$45 y \$65. Se requiere remisión.
• Radiografías	Usted no paga nada. Se requiere autorización previa para algunos servicios. Se requiere remisión.

**SERVICIOS AUDITIVOS**

<b>Beneficios complementarios</b> • Exámenes auditivos de rutina	Usted no paga nada. Se requiere remisión.
• Ajuste/evaluación de audífonos	Usted no paga nada. Se requiere remisión.
• Audífonos	Usted no paga nada por audífono (todos los tipos). Beneficio máximo de \$1,000 anual. Se requiere remisión.
<b>Beneficios cubiertos por Medicare</b> • Exámenes auditivos	Usted paga \$15 por consulta. Se requiere autorización previa para los exámenes auditivos. Se requiere remisión.

**SERVICIOS DENTALES**

<b>Atención preventiva - Beneficios complementarios</b> • Limpieza y examen bucal • Radiografías, flúor • Máximo de atención preventiva	Usted no paga nada y dispone de 1 consulta cada 6 meses. Usted no paga nada y dispone de 1 tratamiento por año. \$500 por año.
<b>Integral - Beneficio complementario</b> • Servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia	Usted no paga nada. Beneficio máximo de \$1,000 por año. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.

Clear Spring Health Essential Plus HMO — H5454, Plan 003, H5454, Plan 004  
del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential Plus HMO
<b>SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS</b>	
<b>Beneficios complementarios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oftalmológico de rutina</li> <li>• Anteojos (marco y lentes)</li> </ul>	<p>Usted no paga nada y tiene disponible 1 examen oftalmológico de rutina por año. Se requiere remisión. Beneficio máximo de \$200 cada año para la compra de estos elementos.</p> <p>Se requiere autorización previa para acceder a los exámenes oftalmológicos y recibir los anteojos. Se requiere remisión.</p>
<b>Beneficios cubiertos por Medicare.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes oftalmológicos</li> </ul>	<p>Usted paga \$15 por consulta. Se requiere remisión.</p>
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de grupo para pacientes ambulatorios /consulta terapéutica individual</li> <li>• Servicios a pacientes hospitalizados</li> </ul>	<p>Usted paga \$15. Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental.</p> <p>Se requiere remisión.</p> <p>Usted paga \$175 por día desde el día 1 hasta el día 5. Usted no paga nada desde el día 6 hasta el día 90.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental intrahospitalarios.</p> <p>Se requiere remisión.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>Usted no paga nada desde el día 1 hasta el día 20.</p> <p>Usted paga \$172 por día, desde el día 21 hasta el día 100.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios del centro de enfermería especializada. Se requiere remisión.</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p>Usted paga \$15. Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p>Usted paga \$125.</p>
<b>Transporte</b>	<p>No cubierto.</p>

Clear Spring Health Essential Plus HMO — H5454, Plan 003, H5454, Plan 004  
del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Clear Spring Health Essential Plus HMO
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 la 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 no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genéricos no preferidos	Usted paga \$6.	Usted paga \$12.	Usted paga \$12.
Nivel 3: Marcas preferidas	Usted paga \$35.	Usted paga \$70.	Usted paga \$70.
Nivel 4: Marcas no preferidas	Usted paga \$185.	Usted paga \$255.	Usted paga \$225.
Nivel 5: Especialidad	Usted paga el 33%.	Usted paga el 33%.	Usted paga el 33%.
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"> <li>Cobertura de emergencia internacional</li> <li>Uso de gimnasio o kits de actividad física</li> <li>Tecnologías de acceso remoto</li> <li>Receta alternativa mejorada</li> </ul>	<p>Usted paga \$120.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Algunos medicamentos excluidos están cubiertos como parte de una cobertura complementaria (p. ej., medicamentos para tratar una disfunción eréctil).</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------