

APOLLO @ HOME CONSTELLATION HEALTH (HMO)

Resumen de Beneficios 2019

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre 2019

Este manual le brinda un resumen sobre lo que cubrimos y lo que usted paga. No tiene una lista de cada servicio que cubrimos, cada límite o exclusión. Para obtener una lista completa de servicios que cubrimos, por favor llámenos y pregunte por la “**Evidencia de Cubierta**” o puede encontrarla en nuestra página en el internet en www.constellationhealthpr.com.

Si desea saber más sobre la cubierta y los precios de Medicare Original, busque en su manual “**Medicare y Usted**” actual. Encuéntrelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Constellation Health es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en Constellation Health depende de la renovación del contrato.

La información no es una descripción detallada de los beneficios. Para más información contacte al plan. Limitaciones, copagos y restricciones podrían aplicar. Beneficios, formularios, red de farmacias, red de proveedores, prima y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1° de enero de cada año.

Estos documentos están disponibles en otros formatos como letra grande.

Constellation Health, LLC. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Constellation Health, LLC. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Constellation Health, LLC. 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.714.0724 (TTY: 1.866.805.7777). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.714.0724 (TTY: 1.866.805.7777). 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 1.866.714.0724 (TTY: 1.866.805.7777).

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CONSTELLATION HEALTH:

Horario de servicio	Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Números de teléfono y página web	<p>Libre de costo: 1-866-714-0724 Área Metro: 787-304-4040 TTY: 1-866-805-7777 Website: http://www.constellationhealthpr.com</p>
¿Quién puede inscribirse?	Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.
Área de servicio	<p>Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios en Puerto Rico: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.</p>

APOLLO @ HOME CONSTELLATION HEALTH (HMO)

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019

Servicios cubiertos, beneficios de hospital y medicamentos recetados

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Prima Mensual	\$0	Usted debe continuar pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare.
Reducción a la prima de la Parte B	\$0	
Deducible	Usted no paga nada.	
Cantidad máxima de su bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	\$3,400 anual	Este límite aplica para los servicios que recibe de los proveedores de nuestra red.
Cuidado hospitalario	\$150 de copago por estadía	Nuestro plan cubre 90 días por una estadía hospitalaria. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se extiende más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez usted haya utilizado estos 60 días adicionales, su cubierta hospitalaria se limitará a 90 días.
Cubierta hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$75 de copago por visita	
Visitas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de cuidado primario • Especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada. • \$15 de copago 	

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Cuidado preventivo	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos. Una lista completa de los servicios preventivos está disponible en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cubierta. Cualquier servicio adicional preventivo aprobado Medicare durante el año de contrato estará cubierto.
Cuidado de emergencia	\$70 de copago	Si es admitido al hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted no tiene que pagar su parte del costo para cuidado de emergencia.
Servicios de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: \$10 de copago Fuera de la red: \$65 de copago 	Usted debe utilizar proveedores de la red. Si es admitido al hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted no tiene que pagar su parte del costo para cuidado de urgencia.
Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología <ul style="list-style-type: none"> Laboratorios Pruebas diagnósticas y procedimientos Servicios diagnósticos de radiología (como MRIs, CT scans) Rayos-X ambulatorios Servicios terapéuticos de radiología (tales como tratamiento de radiación para cáncer) 	<ul style="list-style-type: none"> Usted no paga nada. Usted no paga nada. 10% de coaseguro 10% de coaseguro 10% de coaseguro 	Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Servicios de audición	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta \$200 cada dos (2) años para audífonos para ambos oídos.

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Servicios dentales	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta \$200 cada año para servicios dentales preventivos.
Servicios de visión <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de rutina • Espejuelos 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada. • Usted no paga nada. 	Nuestro plan cubre un (1) examen y (1) par de espejuelos (montura y lentes) o un (1) examen y (1) par de lentes de contacto al año, de la amplia selección que ofrece lvision.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Terapia grupal ambulatoria • Terapia individual ambulatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago • \$15 de copago • \$15 de copago 	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por cuidado hospitalario de salud mental en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario no aplica para servicios mentales proporcionados en un hospital de cuidado generalizado.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por una estadía hospitalaria.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria se extiende más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez usted haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.</p>

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Facilidad de enfermería diestra	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada, luego de una hospitalización de 3 días.
Terapia física	\$6 de copago	
Ambulancia	\$25 de copago	Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Transportación	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre servicios de transportación ilimitados a lugares aprobados por el plan. Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% coaseguro	Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Cuidado del pie (servicios de podiatra)	\$6 copago	Nuestro plan cubre los servicios de podiatra cubiertos por Medicare.
Equipo médico/ Suplidos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (sillas de rueda, oxígeno, etc.) Suplidos y servicios para la diabetes Dispositivos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> 0% a 15% de coaseguro dependiendo del servicio Usted no paga nada. 20% coaseguro 	Usted paga 0% de coaseguro para equipo médico duradero, excepto para sillas de ruedas motorizadas, nutrición enteral y parenteral, que pagan 15% de coaseguro. Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Cuidado quiropráctico	\$5 copago	Nuestro plan cubre servicios de quiroprácticos cubiertos por Medicare. Estos incluyen manipulación de la espina dorsal para corregir una subluxación.

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Terapias alternativas <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Medicina natural • Reiki 	\$10 copago	Nuestro plan cubre hasta diez (10) terapias individuales o combinadas de estas modalidades. Debe utilizar proveedores del plan.
Dispositivos de seguridad para el baño y/o artefactos de apoyo para equipo médico	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta \$250 para dispositivos de seguridad en el baño y/o artefactos de apoyo para soporte de equipos médicos (refrigeración por insulina, bombas de alimentación enteral, concentradores de oxígeno, camas semi-eléctricas, y otros equipos de salud similares) cuando existe una necesidad médica para proporcionar el beneficio al afiliado. El beneficiario debe formar parte del equipo de manejo de cado y dicho equipo se provee bajo la dirección de un profesional médico autorizado. Cubrimos los siguientes dispositivos de seguridad para el baño: <ul style="list-style-type: none"> • Silla de baño/ducha, de cualquier tamaño; • Baranda de pared de bañera 18"; baranda para la bañera, base del piso; • Baranda de baño; • Asiento del inodoro elevado, taburete para la bañera o banco; • Evaluación del entorno para determinar la idoneidad de las necesidades del afiliado y la instalación de los dispositivos mencionados Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Servicios de cuidador	Usted no paga nada.	<p>Hasta ocho (8) horas de servicio de cuidador al mes en intervalos de cuatro (4) horas.</p> <p>Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.</p>
Servicios de consejería	Usted no paga nada.	<p>Nuestro plan cubre sesiones de consejería individual para abordar temas generales como: haciendo frente a los cambios de vida, resolución de conflictos, manejo de la pérdida. Las sesiones son de hasta 25 minutos.</p>
Pañales y empapadores ("underpads")	Usted no paga nada.	<p>Nuestro plan cubre hasta una (1) caja de pañales o una (1) caja de empapadores ("underpads") por mes.</p>
Membresía a un gimnasio	Usted no paga nada.	<p>Nuestro plan paga hasta \$25 al mes para una membresía de gimnasio, por reembolso.</p>
Educación en salud	Usted no paga nada.	<p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de grupo en las que el educador proporciona información o instruye sobre distintas destrezas; • Sesiones de instrucción individuales y/o; • Adiestramiento a través de la Web y/o vía telefónica para reforzar lo aprendido en las sesiones grupales o individuales.

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Evaluación de seguridad en el hogar	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta una (1) evaluación de la seguridad en el hogar por un terapeuta ocupacional enfocada en el riesgo de caídas o lesiones e identificación de medidas para la prevención de caídas.
Terapia médica de nutrición	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre hasta cuatro (4) sesiones adicionales de consejería individual o grupal por personal certificado o licenciado.
Beneficio nutricional / dietético	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre clases adicionales de educación en nutrición general y/o sesiones individuales por profesionales certificados.
Artículos fuera del recetario (OTC)	Usted no paga nada.	Nuestro plan paga hasta \$20 cada tres (3) meses para artículos fuera del recetario.
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS) <ul style="list-style-type: none"> • Versión móvil • Versión fija 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada. • 20% coaseguro 	Usted escoge uno (1) entre la versión móvil o la versión fija. La aplicación móvil está disponible para descargar en su teléfono inteligente Android o iOS.
Reconciliación de medicamentos luego de un alta	Usted no paga nada.	Inmediatamente luego de un alta de un hospital o estadía hospitalaria en un centro de SNF, ofrecemos los servicios de un profesional de servicios de salud calificado, que revisará el régimen de medicamentos del afiliado establecido antes del admisión

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
		<p>para comparar y reconcilia con el régimen prescrito para el afiliado al momento del alta, para asegurar que obtenga los nuevos medicamentos y descarte los medicamentos discontinuados. Esta reconciliación de medicamentos debe ser provisto en el hogar y está diseñado para identificar y eliminar los efectos secundarios y la interacción de medicamentos que pueden resultar en enfermedad o lesiones.</p>
Prevención de Readmisiones	Usted no paga nada.	<p>Inmediatamente luego de un alta de un hospital o estadía hospitalaria en un centro de SNF, podremos combinar los beneficios a continuación como un beneficio de “Prevención de Readmisión u ofrecer los beneficios por separado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la seguridad en el hogar • Reconciliación de Medicamentos Luego de un Alta, según descrita anteriormente en esta sección
Acceso a tecnologías remotas	Usted no paga nada.	<p>Un proveedor contratado puede diagnosticar y tratar algunas condiciones a través del teléfono, y/o tecnologías de audio y vídeo interactivos en tiempo real. Este tipo de servicio no va a ser utilizado como un sustituto de una relación médico-paciente efectiva y permanente, sino más bien, será de apoyo de esa relación y prestación de la atención necesaria.</p>

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Programa de manejo de peso	Usted no paga nada.	<p>Programa diseñado para promover estilos de vida saludables que le ayuden a perder peso y mantener la pérdida.</p> <p>Incluye conferencias en persona ofrecidas por un nutricionista registrado y/o dietista, así como servicios en línea que apoyen un estilo de vida saludable.</p>

Beneficio de Medicamentos Recetados

Etapa 1: Cubierta inicial	Farmacia al Detal Copago para un suministro de 30 días	Farmacia al Detal Copago para un suministro de 90 días	Pedidos por correo Copago para un suministro de 90 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	\$5 copago	\$15 copago	\$15 copago
Nivel 2 (Medicamentos de marca preferida)	\$40 copago	\$120 copago	\$120 copago
Nivel 3 (Medicamento de marca no preferida)	\$75 copago	\$225 copago	\$225 copago
Nivel 4 (Medicamentos especializados)	33% coaseguro	33% coaseguro	33% coaseguro

Usted paga estas cantidades hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen \$3,820. Los costos totales de los medicamentos son los costos totales pagados por usted y nuestro plan de la Parte D. Copagos o coaseguros pueden cambiar cuando entre en otra fase de su beneficio de la Parte D. Para más información sobre los copagos/coaseguros adicionales y las fases del beneficio de farmacia, llámenos o consulte su Evidencia de Cubierta. La Evidencia de Cubierta está disponible en nuestra página web, www.constellationhealthpr.com.