

# GENESIS PRIME CONSTELLATION HEALTH (HMO SNP)

## Resumen de Beneficios 2019

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre de 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](http://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. Este plan está disponible para cualquier persona que tenga ambos, Asistencia Médica del Estado y Medicare.

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:**

<b>Horario de servicio</b>	Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
<b>Números de teléfono y página web</b>	<p>Libre de costo: 1-866-714-0724          Área Metro: 787-304-4040          TTY: 1-866-805-7777          Website: <a href="http://www.constellationhealthpr.com">http://www.constellationhealthpr.com</a></p>
<b>¿Quién puede inscribirse?</b>	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.
<b>Área de servicio</b>	<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>

# GENESIS PRIME CONSTELLATION HEALTH (HMO SNP)

## Resumen de Beneficios 2019

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre 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	\$9 mensual	
Deducible	Usted no paga nada.	
Cantidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$3,400 anual	Este límite aplica para los servicios que recibe de los proveedores de nuestra red.
Cuidado Hospitalario	Usted no paga nada.	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	Usted no paga nada.	
Visitas médicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de Cuidado Primario</li> <li>• Especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> </ul>	

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Cuidado preventivo	Usted no paga nada.	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos. Una lista completa de los servicios preventivos está disponible en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cubierta.</p> <p>Cualquier servicio adicional preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.</p>
Cuidado de emergencia	Usted no paga nada.	
Cuidado de urgencia	Usted no paga nada.	<p>Usted debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>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.</p>
<p>Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorios</li> <li>• Pruebas diagnósticas y procedimientos</li> <li>• Servicios diagnósticos de radiología (como MRIs, CT scans)</li> <li>• Rayos-X ambulatorios</li> <li>• Servicios terapéuticos de radiología (tales como tratamiento de radiación para cáncer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> </ul>	Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Servicios de audición	Usted no paga nada.	Nuestro plan paga hasta \$200 cada dos (2) años para audífonos para ambos oídos.

Primas y Beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos</li> <li>• Servicios restaurativos</li> <li>• Prostodoncia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> </ul>	<p>Servicios preventivos y restaurativos. Nuestro plan cubre hasta \$250 cada año para servicios comprensivos.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$300 para prostodoncia por año. Límite de cinco (5) años por servicio.</p> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos bajo la cubierta dental: Servicios de Periodoncia.</p>
<p>Servicios de visión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina</li> <li>• Espejuelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> </ul>	<p>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 lvisión.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• Terapia grupal ambulatoria</li> <li>• Terapia individual ambulatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> </ul>	<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 cubierta 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	Usted no paga nada.	
Ambulancia	Usted no paga nada.	Se requiere autorización para servicios de Medicare que no sean de emergencia.
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	Usted no paga nada.	Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Cuidado del pie (servicios de podiatría)	Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre los servicios de podiatra cubiertos por Medicare.
Equipo médico/ Suplidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (sillas de rueda, oxígeno, etc.)</li> <li>• Dispositivos prostéticos (abrazaderas, extremidades, etc.)</li> <li>• Suplidos y servicios para la diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• Usted no paga nada.</li> </ul>	Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Cuidado quiropráctico	Usted no paga nada.	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
Servicio 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>
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias Móvil (M-PERS)	Usted no paga nada.	La aplicación móvil está disponible para descargar en su teléfono inteligente Android o iOS.
Artículos Fuera del Recetario (OTC)	Usted no paga nada.	<p>Nuestro plan paga hasta \$20 cada tres (3) meses para artículos fuera del recetario.</p> <p>Los beneficios de OTC que no utilice en un trimestre no podrán ser utilizados en meses subsiguientes.</p>

**Beneficio de Medicamentos Recetados**

<b>Etapa 1: Cubierta Inicial</b>	<b>Farmacia al Detal</b> Copago para un suministro de 30 días	<b>Farmacia al Detal</b> Copago para un suministro de 90 días	<b>Pedidos por correo</b> Copago para un suministro de 90 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$0 120 Código: \$0 130 Código: \$0	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$0 120 Código: \$0 130 Código: \$0	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$0 120 Código: \$0 130 Código: \$0
Nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferida)	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$0 120 Código: \$0 130 Código: \$0	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$0 120 Código: \$0 130 Código: \$0	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$0 120 Código: \$0 130 Código: \$0
Nivel 3 (Medicamentos de Marca No Preferida)	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$2 120 Código: \$2 130 Código: \$2	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$6 120 Código: \$6 130 Código: \$6	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$6 120 Código: \$6 130 Código: \$6
Nivel 4 (Medicamentos especializados)	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$3 120 Código: \$3 130 Código: \$3	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$9 120 Código: \$9 130 Código: \$9	Niños (0-21): \$0 Adultos: 100 Código: \$0 110 Código: \$9 120 Código: \$9 130 Código: \$9

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 de la Parte D pagados por usted y nuestro plan. 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](http://www.constellationhealthpr.com).



### Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid para el Contrato H3054-003

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno (Medicaid). Los beneficios descritos en la sección de Cubierta Médica y Beneficios de Hospital del Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio listado abajo, usted puede ver lo que el Plan de Salud de Gobierno (Medicaid) cubre y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad del Plan de Salud del Gobierno (Medicaid).

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Servicios de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Admisión</li> </ul> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8  La cubierta comienza el primer día en Medicare y los beneficios adicionales de Platino aplican a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage, como servicios cubiertos en el plan Medicaid del estado. Acceso a un cuarto semi-privado (cama disponible veinticuatro (24) horas al día, cada día del año calendario).	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Hospitalización por enfermedad mental	Código de Cubierta 100: \$0 Código de Cubierta 110: \$4 Código de Cubierta 120: \$5 Código de Cubierta 130: \$8  La cubierta comienza el primer día en Medicare y los beneficios adicionales de Platino aplican a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage, como servicios cubiertos en el plan Medicaid del estado. Acceso a un cuarto semi-privado (cama disponible veinticuatro (24) horas al día, cada día del año calendario).	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Hospitalización por uso de sustancias	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$4            Código de Cubierta 120: \$5            Código de Cubierta 130: \$8</p> <p>La cubierta comienza el primer día en Medicare y los beneficios adicionales de Platino aplican a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage, como servicios cubiertos en el plan Medicaid del estado. Acceso a un cuarto semi-privado (cama disponible veinticuatro (24) horas al día, cada día del año calendario.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Cuidado ambulatorio para trastorno de abuso de sustancias	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>La cubierta comienza el primer día en Medicare y los beneficios adicionales de Platino aplican a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage, como servicios cubiertos en el plan Medicaid del estado. Acceso a un cuarto semi-privado (cama disponible veinticuatro (24) horas al día, cada día del año calendario.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Cuidado de salud mental y servicios profesionales	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios de salud mental ambulatorio de emergencia e intervención en crisis veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios del Plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Laboratorios y laboratorios de alta tecnología	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0.50            Código de Cubierta 120: \$1            Código de Cubierta 130: \$1.50</p> <p>Pruebas de laboratorios y procedimiento para la generación de un Certificado de Salud, no cubiertos por Medicare o por los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage pero cubiertos por el Plan del Estado.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) (Menores de 21 años)	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Requisitos de EPSDT no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de Plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Las revisiones de EPSDT deben incluir todo lo siguiente:</p> <p>Una historial integral de salud y desarrollo; Evaluación del desarrollo, incluyendo desarrollo mental, emocional y de salud del comportamiento; mediciones (incluyendo la circunferencia de la cabeza para los infantes); una evaluación del estado nutricional; un examen físico completo sin ropa; inmunizaciones de acuerdo con la guía emitida por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) (las vacunas son proporcionadas y pagadas por el Departamento de Salud para elegibles a Medicaid y CHIP. Ciertas pruebas de laboratorio, orientación anticipada y educación para la salud, evaluación auditiva, evaluación dental y de salud oral. (Debe hacerse referencia a las guías de EPSDT y la política de ASES).</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Planificación Familiar	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de planificación familiar no cubiertos por Medicare y / o los beneficios complementarios de Plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los beneficios de Medicaid Puerto Rico brindan asesoramiento sobre salud reproductiva y planificación familiar. Estos servicios se prestarán de manera voluntaria y confidencial, incluidas las circunstancias en que el beneficiario tenga menos de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, lo siguiente: educación y asesoramiento; pruebas de embarazo; evaluación de la infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo e inserción / eliminación de productos no orales, tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos una de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; al menos una de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA cuando es medicamento necesario y aprobado a través de una autorización previa o mediante un proceso de excepción y el proveedor de prescripción puede demostrar al menos una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraindicación con los medicamentos que el afiliado ya está tomando, y ningún otro método cubierto / disponible que pueda ser utilizado por el afiliado.</li> <li>• Historial de reacciones adversas por parte del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.</li> <li>• Historial de reacciones adversas por parte del afiliado a los medicamentos anticonceptivos cubiertos.</li> </ul>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Cesación de Fumar	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de cesación de fumar cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios del Plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Servicios de Maternidad	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios del Plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Abortos cuando el embarazo sea el resultado de incesto o violación según certificado por un médico.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Médico-quirúrgico	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios médico-quirúrgico no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios del Plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>La esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que se les haya informado sobre las implicaciones del procedimiento médico, y que haya pruebas de consentimiento por escrito del afiliado completando el Formulario de consentimiento de esterilización incluye como apéndice (O) (18) del contrato.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Servicios de Visión	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios del Medicare Advantage Plan pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Exámenes de rutina. Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años se cubrirán cuando sea médicamente necesario. El beneficio de espejuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes, excepto los lentes intraoculares, tienen que ser pre-autorizados. Se cubrirá la reparación o sustitución de los vidrios dentro de un plazo de 24 meses cuando sea médicamente necesario y aprobado por una pre-autorización.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Dental Preventivo & Restaurativo	<p>Preventivo (Niño)            Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Preventivo (Adultos)            Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Restaurativos            Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Los siguientes beneficios están incluidos en el Plan de Salud del Gobierno;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años según requerimiento EPSDT</li> </ul>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de pulpa pediátrica (Pulpotomía) para niños menores de veintiún (21) años</li> <li>• Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios seguido de una Pulpotomía Pediátrica</li> <li>• Servicios dentales preventivos para adultos</li> <li>• Servicios dentales restaurativos para adultos</li> <li>• Un (1) examen oral comprensivo</li> <li>• Un (1) examen periódico cada seis meses</li> <li>• Un (1) examen oral de problema limitado definido</li> <li>• Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo mordida, cada tres (3) años Una (1) radiografía periapical intraoral inicial</li> <li>• Hasta cinco (5) radiografías periapicales/intraorales adicionales por año</li> <li>• Una (1) radiografía de mordida de un lado</li> <li>• Una (1) radiografía de mordida de cada lado por año</li> <li>• Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años</li> <li>• Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses</li> <li>• Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses</li> <li>• Una (1) aplicación de fluoruro tópico cada seis (6) meses para afiliados menores de diecinueve (19) años</li> <li>• Sellantes de fisura de por vida para afiliados de hasta catorce (14) años de edad (incluyendo molares deciduos hasta ocho (8) años de edad cuando sea clínicamente necesario por tendencias a cavidades.</li> <li>• Restauración en amalgama</li> <li>• Restauración en resina</li> <li>• Conducto radicular</li> <li>• Tratamiento paliativo</li> <li>• Cirugía Oral</li> </ul>	

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
Exámenes de audición	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare y / o los beneficios suplementarios del Medicare Advantage Plan, pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los audífonos para los beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cobertura. Consulte la cubierta de ESPDT para los servicios de audífonos.</p>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Servicios preventivos	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de inmunización no cubiertos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Parte B de Medicare</li> <li>2. Formulario de Medicamentos de la Parte D de la Organización Medicare Advantage</li> <li>3. Beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage</li> <li>4. No cubiertos por el Programa de Inmunización del Departamento de Salud, pero incluidos en Plan de Medicaid Estatal</li> </ol>	\$0 para el beneficio del Plan de Salud del Gobierno.
Terapia física, ocupacional y del habla	<p>Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$1.50            Código de Cubierta 130: \$2</p> <p>Cubierta sin límites bajo la Parte B de Medicare (Seguro de salud). NO aplica dentro de la cubierta adicional de Medicaid.</p>	\$0 for Puerto Rico Government Health Plan covered benefit.



Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
<p>Medicamentos recetados</p>	<p><b>Preferidos (Niños 0-21)</b>            Preferido: \$0            No-preferido: \$0</p> <p><b>Preferido (Adultos)****</b>            Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$1            Código de Cubierta 120: \$2            Código de Cubierta 130: \$3</p> <p><b>No Preferidos (Adultos)****</b>            Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$3            Código de Cubierta 120: \$4            Código de Cubierta 130: \$6</p> <p><b>Abuso de sustancias ambulatorio</b>            Código de Cubierta 100: \$0            Código de Cubierta 110: \$0            Código de Cubierta 120: \$0            Código de Cubierta 130: \$0</p> <p>Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage, pero incluidos en el plan estatal. Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios de la Organización Medicare Advantage aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brechas de cubierta que excedan el Plan Estatal el medicamento necesita estar en el formulario de GHP y debe estar sujeto a los editos aplicables según lo establecido en el GHP Formulario de medicamentos en cobertura (FMC). También debe cumplir con lo siguiente:</p>	<p>Copago para un suplido de medicamentos de un mes (30 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos genéricos:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños (0-21): \$0</li> <li>Adultos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Código 100: \$0 copago</li> <li>Código 110: \$0 copago</li> <li>Código 120: \$0 copago</li> <li>Código 130: \$0 copago</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Medicamentos de marca preferida:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños (0-21): \$0</li> <li>Adultos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Código 100: \$0 copago</li> <li>Código 110: \$0 copago</li> <li>Código 120: \$0 copago</li> <li>Código 130: \$0 copago</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Medicamentos de marca no preferida:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños (0-21): \$0</li> <li>Adultos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Código 100: \$0 copago</li> <li>Código 110: \$2 copago</li> <li>Código 120: \$2 copago</li> <li>Código 130: \$2 copago</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Medicamentos especializados:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños (0-21): \$0</li> <li>Adultos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Código 100: \$0 copago</li> <li>Código 110: \$3 copago</li> <li>Código 120: \$3 copago</li> <li>Código 130: \$3 copago</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

Beneficio	Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)	Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) Cubierto 100-130
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los beneficios de la Organización Medicare Advantage proveerán cubierta de medicamentos el año completo con el formulario de medicamentos aprobado por CMS para la Parte D, y sujeto a copagos Platino establecidos como la única contribución de su bolsillo.</li> <li>• Medicamentos no incluidos en el formulario de la cubierta de medicamentos de la Parte D de la Organización Medicare Advantage, deben someterse a un proceso de excepción requerido por el CMS para la posible aprobación de medicamentos no cubiertos. Si la denegación en el proceso de la excepción es sostenida por el Organización Medicare Advantage, incluyendo el proceso de la apelación, pero si el medicamento es cubierto por el formulario de GHP, el medicamento será cubierto bajo cubierta adicional de Medicaid.</li> </ul>	

Los beneficios Platino están sujetos al máximo de copago en la tabla con la excepción y cero copagos para beneficiarios de Medicaid/CHIP.

#### Beneficiarios de Medicaid/CHIP.

- Niños de 0 a menos de 21 años de edad;
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y periodo post-parto de 60 días)
- Indios Americanos y nativos de Alaska (AI/AN)
- Personas Institucionalizadas; e
- Individuos que reciben cuidado de hospicio

#### Servicios

- Servicios de emergencia, incluidos los servicios ambulatorios, hospitalarios y posteriores a la estabilización definidos en las regulaciones federales 1932 (b)(2) de la Ley y 42 CFR 438.114 (a);
- Servicios y suministros de planificación familiar;
- Servicios preventivos prestados a menores de 18 años de edad (entre 0 y 17 años, inclusive)
- Servicios relacionados con el embarazo y asesoramiento y medicamentos para dejar de fumar;
- Servicios preventivos por el proveedor como se define en 42 CFR 447.26 (b);
- Visita no emergente a una sala de emergencia de un hospital, se puede eximir el pago llamando al centro de llamadas MCO y recibiendo un código que exima el copago.