

## OLYMPUS CONSTELLATION HEALTH (PPO)

### 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.

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:**

<p><b>Horario de servicio</b></p>	<p>Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
<p><b>Números de teléfono y página web</b></p>	<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>
<p><b>¿Quién puede inscribirse?</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Área de servicio</b></p>	<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>

# OLYMPUS CONSTELLATION HEALTH (PPO)

## 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	\$70	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 medicamentos recetados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: \$3,400 anual</li> <li>Fuera de la red: \$5,100 anual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios que recibe de proveedores de la red.</li> <li>Para servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite de servicios que recibe dentro de la red contará para este límite.</li> </ul>
Cuidado Hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	<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>
Cubierta hospitalaria para pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	
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>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> <li>Dentro de la red: \$5 de copago</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	

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 por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.
Cuidado de emergencia	\$50 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.  Nuestro plan paga hasta \$100 para cubierta mundial de emergencia y urgencia, por reembolso.
Servicios de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: \$65 de copago</li> </ul>	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, y rayos-X <ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorios</li> <li>Pruebas diagnósticas y procedimientos</li> <li>Rayos-X ambulatorios</li> <li>Servicios diagnósticos de radiología (como MRIs, CT scans)</li> <li>Servicios terapéuticos de radiología (tales como tratamiento de radiación para cáncer)</li> </ul>	Dentro de la red: <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>\$25 de copago</li> <li>\$25 de copago</li> </ul> Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> <li>20% de coaseguro</li> </ul>	Algunos servicios pueden requerir una pre-autorización. Contacte al plan para más detalles.
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	Nuestro plan paga hasta \$200 cada dos (2) años para audífonos para ambos oídos.

Primas y beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Servicios Dentales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos</li> <li>• Servicios restaurativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>• Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre hasta \$1,000 cada año para servicios dentales preventivos.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$1,000 para prostodoncia. Límite de 5 años por cada servicio.</p> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos: servicios de periodoncia.</p>
Servicios de Visión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina</li> <li>• Espejuelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>• Fuera de la red: 20% de coaseguro</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 lvision.</p> <p>-o-</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$300 para espejuelos o lentes de contacto de cualquier proveedor, cada 24 meses.</p>
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización</li> <li>• Terapia grupal ambulatoria</li> <li>• Terapia individual ambulatoria</li> </ul>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• \$10 de copago</li> </ul> <p>\$10 de copago</p> <p>Fuera de la red: 20% de coaseguro</p>	<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada, luego de una hospitalización de 3 días.
Terapia física	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: \$5 de copago</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	
Ambulancia	Usted no paga nada.	Se requiere autorización para servicios de Medicare que no sean de emergencia.
Transportación	No está cubierto.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada.</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Contacte al plan.
Cuidado del pie (servicios de podiatra)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: \$5 de copago</li> <li>Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	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>Suplidos y servicios para la diabetes</li> <li>Dispositivos prostéticos (abrazaderas, extremidades, etc.)</li> </ul>	Dentro de la red: <ul style="list-style-type: none"> <li>0% a 10% de coaseguro</li> <li>Usted no paga nada.</li> <li>10% de coaseguro</li> </ul> Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> <li>20% de coaseguro</li> </ul>	Usted paga 0% de coaseguro para la mayoría de equipo médico duradero, excepto para sillas de ruedas motorizadas, nutrición enteral y parenteral, que pagan 10% de coaseguro.  Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Contacte al plan.

Primas y beneficios	Su beneficio 2019	Lo que debe saber
Terapias alternativas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Medicina natural</li> <li>• Reiki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: \$10 de copago</li> <li>• Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	Nuestro plan cubre hasta diez (10) terapias individuales o combinadas de estas modalidades.  Debe utilizar proveedores del plan.
Cuidado quiropráctico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: \$5 de copago</li> <li>• Fuera de la red: 20% de coaseguro</li> </ul>	Nuestro plan cubre servicios de quiroprácticos cubiertos por Medicare. Estos incluyen manipulación de la espina dorsal para corregir una subluxación.
Servicios de cuidador	Usted no paga nada.	Hasta ocho (8) horas de servicio de cuidador al mes en intervalos de cuatro (4) horas.  Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.
Membresía a un gimnasio	Usted no paga nada.	Nuestro plan paga hasta \$25 al mes para una membresía de gimnasio, por reembolso.
Artículos fuera del recetario (OTC)	Usted no paga nada.	Nuestro plan paga hasta \$37 cada tres (3) meses para artículos fuera del recetario.  Los beneficios de OTC que no utilice en un trimestre no podrán ser utilizados en meses subsiguientes.
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versión Móvil</li> <li>• Versión Fija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada.</li> <li>• 20% coaseguro por la versión fija.</li> </ul>	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.

**Beneficios de Medicamentos Recetados**

<b>Etapas 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)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 (Medicamentos de marca preferida)	\$15 copago	\$45 copago	\$45 copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca no preferida)	\$45 copago	\$135 copago	\$135 copago
Nivel 4 (Medicamentos especializados)	33% de coaseguro	33% de coaseguro	33% de 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 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).