



Resumen de Beneficios

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

H4004 Y0049_2018 1099 0010 2 File & Use 09172017 CMS Accepted

2018



PMC Max Extra

Resumen de Beneficios

La información de beneficios provista es un resumen de beneficios de lo que PMC Max Extra (HMO) cubre y lo que usted paga. No le brinda una lista de todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para una lista completa de servicios cubiertos, llámenos y solicite una “Evidencia de Cubierta”.

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para más información, comuníquese con el plan. Beneficios y/o copagos/coaseguros podrían cambiar el 1 de enero de cada año. Limitaciones, copagos y restricciones podrían aplicarse.

El formulario, red de farmacias, y/o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y cintas de audio.

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-625-2126 (Área Metro), 1-866-516-7700 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-516-7701. Estamos disponibles para sus llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de cargos.

O puede visitar nuestra página de internet en www.pmcpr.org.

MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call PMC at 1-866-516-7700 (TTY: 1-866-516-7701). MMM Healthcare, 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。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 PMC 1-866-516-7700 (TTY: 1-866-516-7701)。

2018



PMC Max Extra

Si desea saber más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, vea el manual “Medicare y Usted”. Puede verlo en Internet en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios deTTY deben llamar al 1-877-486-2048.

PMC Max Extra (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted visita proveedores que no están en nuestra red, puede que el plan no pague por esos servicios.

Generalmente, usted debe utilizar una farmacia de nuestra red para recibir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted puede ver nuestro formulario de medicamentos recetados y directorio de proveedores y farmacias en nuestra página de Internet (www.pmcp.org), o si desea una copia impresa, llámenos y le enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarse a PMC Max Extra (HMO) usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar afiliado en la Parte B de Medicare y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un | pueden requerir preautorización.



PMC Max Extra

Prima y Beneficios

PMC Max Extra (HMO)

Lo que debería saber

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan | \$0 | Debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. |
| Deducible | No paga nada | Este plan no tiene deducible. |
| Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) | \$3,250 | Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red y fuera de la red. |
| Cuidado Intrahospitalario ¹ | Red Preferida: \$25 de copago Red General: \$100 de copago | Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía intrahospitalaria. |
| Servicios ambulatorios en el hospital ¹ | \$25 de copago | |
| Visitas a la oficina del médico <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialistas | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: \$6 de copago • Red General: \$13 de copago | |
| Cuidado preventivo | No paga nada | Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año, estará cubierto. |
| Cuidado de emergencias | <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago | Si usted es admitido al hospital el mismo día por la misma condición, usted no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado Intrahospitalario" de este folleto para otros costos. |



PMC Max Extra

Prima y Beneficios

PMC Max Extra (HMO)

Lo que debería saber

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cuidado Necesario de Urgencia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago | |
| <p>Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios | <ul style="list-style-type: none"> • \$30-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada | |
| <p>Servicios de audición¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes suplementario de audición • Aparato auditivo suplementario • Servicios de evaluación para ajuste de aparato auditivo suplementario | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • \$5 de copago | <p>Hasta \$850 cada tres años de beneficio suplementario para la compra de aparatos auditivos.</p> |
| <p>Servicios dentales¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos • Servicios restaurativos • Prostodoncia | <ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago • 50% del costo • 50% del costo | <p>Hasta \$1,000 anuales para prostodoncia removible.</p> |
| <p>Servicios de visión¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo • Examen visual de rutina • Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios | <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • No paga nada • No paga nada | <p>Hasta \$100 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (marcos y lentes) y/o lentes de contacto.</p> |



PMC Max Extra

Prima y Beneficios

PMC Max Extra (HMO)

Lo que debería saber

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cuidado de Salud Mental¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita a paciente hospitalizado • Visita de terapia grupal ambulatoria • Visita de terapia individual ambulatoria | <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • \$15 de copago • \$15 de copago | <p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.</p> <p>Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario.</p> <p>Hasta 60 “días de reserva de por vida”.</p> |
| <p>Cuidado Diestro de Enfermería (SNF por sus siglas en inglés)¹</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada | <p>Hasta 100 días en un SNF.</p> |
| <p>Terapia física¹</p> | <ul style="list-style-type: none"> • \$4 de copago | |
| <p>Ambulancia¹</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada | |
| <p>Transportación Suplementaria</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No cubierto | |
| <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo | |
| <p>Cuidado del pie (servicios de podiatría)¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de podiatría cubierto por Medicare • Servicio suplementario de podiatría | <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago | <p>Hasta 1 visita rutinaria para servicios de podiatría suplementarios.</p> |



PMC Max Extra

Prima y Beneficios

PMC Max Extra (HMO)

Lo que debería saber

Equipo Médico Duradero/
Suplidos Médicos¹

- Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)
- Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)
- Suplidos Médicos
- Suplidos para diabetes

- **10%-20%** del costo
- **10%** del costo
- **10%** del costo
- No paga nada

Programas de Bienestar

- No paga nada

Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.

- Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.
- Línea directa de enfermería (24/7)
- Materiales escritos de educación en salud
- Adiestramiento nutricional y beneficios

Cuidado Quiropráctico¹

- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

- **\$10** de copago

2018



PMC Max Extra

Prima y Beneficios

PMC Max Extra (HMO)

Lo que debería saber

Artículos fuera del recetario
(OTC por sus siglas en inglés)

- No paga nada

Hasta **\$40** mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario. Para más detalles refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestra página web.



PMC Max Extra

Medicamentos Recetados

| | Costo compartido al detal Suplido de 30 días | Costo compartido al detal Suplido de 90 días | Orden por correo Suplido de 90 días |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Fase I: Cubierta Inicial | | | |
| Nivel 1: Genéricos Preferidos | \$1 de copago | \$2 de copago | \$2 de copago |
| Nivel 2: Genéricos | \$4 de copago | \$8 de copago | \$8 de copago |
| Nivel 3: Marca Preferida | \$20 de copago | \$60 de copago | \$40 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos No Preferidos | \$30 de copago | \$90 de copago | \$60 de copago |
| Nivel 5: Especialidad | 25% del costo | No disponible | No disponible |

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las fases del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.



PMC 
Medicare Choice



PMC-MKD-MIS-5385-091217-S