

2018

First+PLUS

First+Plus
Advantage
(PPO)

Resumen de Beneficios



MMM Healthcare, LLC es un plan PPO con un contrato Medicare. La afiliación a First+Plus depende de la renovación del contrato. H7522Y0049_2018 1099 0011 2 File & Use 10182017 CMS Accepted



First+PLUS



**First+Plus
Advantage 2018**

Resumen de Beneficios

La información de beneficios provista es un resumen de lo que First+Plus Advantage (PPO) 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, primas 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 lenguaje Braille, letra grande y cintas de audio.

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos). Para TTY, llamar al 1-877-672-4242. 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.firstpluspr.com.

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 First+Plus at 1-888-767-7717 (TTY: 1-877-672-4242). 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 First+Plus 1-888-767-7717, (TTY: 1-877-672-4242).



First+PLUS



First+Plus Advantage 2018

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.

First+Plus (PPO) ha formado una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted visita proveedores que no están en nuestra red, es posible que tenga que pagar más.

Los proveedores no contratados / fuera de la Red no están obligados a tratar a los afiliados de First+Plus Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Para una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor soliciten una determinación de organización de pre-servicio antes de recibir el servicio. Por favor llame a nuestro número de Servicios al Afiliado o consulte la Evidencia de Cubierta para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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.firstpluspr.com), o si desea una copia impresa, llámenos y le enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarse a First+Plus (PPO) 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 ¹ pueden requerir preautorización. Servicios con un ² usted paga 20% del costo fuera de la red



First+PLUS



First+Plus Advantage 2018

Prima y Beneficios

First+Plus Advantage (PPO)

Lo que debería saber

Prima mensual del plan	\$47.00	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)	<ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 para servicios que reciba en proveedores de nuestra red. • \$10,000 para servicios que reciba de cualquier proveedor.* 	* Los servicios que reciba de proveedores de nuestra red contará hacia este límite.
Cuidado Intrahospitalario ¹	Red Preferida: \$25 de copago Red General: \$100 de copago Fuera de la Red: \$300 de copago	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía intrahospitalaria.
Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}	Red Preferida: \$50 de copago Red General: \$100 de copago	
Visitas a la oficina del médico ² <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: \$10 de copago / Red General: \$20 de copago 	
Cuidado preventivo ²	No paga nada	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año, estará cubierto.
Cuidado de emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$65 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.



First+PLUS



First+Plus Advantage 2018

Prima y Beneficios

First+Plus Advantage (PPO)

Lo que debería saber

<p>Cuidado Necesario de Urgencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 • Cubierta mundial: \$65 de copago 	
<p>Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) y Pruebas y procedimientos diagnósticos • Servicios de laboratorio • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: 10% del costo / Red General: 20% del costo • \$5 de copago • Red Preferida: \$10 de copago / Red General: \$20 de copago 	
<p>Servicios de audición¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen suplementario de audición² • Aparato auditivo suplementario • Servicios de evaluación para ajuste de aparato auditivo suplementario² 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<p>Hasta \$300 cada tres años de beneficio suplementario para la compra de aparatos auditivos. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>
<p>Servicios dentales¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos² • Servicios restaurativos • Prostodoncia 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 25% del costo / Fuera de la Red: 50% del costo • 33% del costo / Fuera de la Red: 50% del costo 	<p>Hasta \$1,000 anuales para prostodoncia removible. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>
<p>Servicios de visión¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo² • Examen visual de rutina² • Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada / Fuera de la Red: 50% del costo 	<p>Hasta \$100 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (marcos y lentes) y / o lentes de contacto. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>



First+PLUS



First+Plus Advantage 2018

Prima y Beneficios

First+Plus Advantage (PPO)

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"> • \$50 de copago / Fuera de la Red: \$300 de copago • \$15 de copago / Fuera de la Red: 50% del costo • \$15 de copago / Fuera de la Red: 50% del costo 	<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 / Fuera de la red: No paga nada por los días 1-20. \$25 de copago por lo días 21-100. 	<p>Hasta 100 días en un SNF.</p>
<p>Visita de terapia física^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago 	
<p>Ambulancia^{1,2}</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 Medicare^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo 	



First+PLUS



First+Plus Advantage 2018

Prima y Beneficios

First+Plus Advantage (PPO)

Lo que debería saber

- Cuidado del pie (servicios de podiatría) ^{1,2}
- Servicio de podiatría cubiertos por Medicare
 - Servicio suplementario de podiatría

- **\$15** de copago
- **\$15** de copago

Hasta 2 visitas rutinarias para servicios de podiatría suplementaria.

- Equipo Médico Duradero/
Suplidos Médicos^{1,2}
- Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)
 - Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)
 - Suplidos Médicos
 - Suplidos para diabetes

- **10%** 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



First+PLUS



First+Plus Advantage 2018

Prima y Beneficios

First+Plus Advantage (PPO)

Lo que debería saber

<p>Cuidado Quiropráctico²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare • Visitas Suplementarias 	<ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago • \$15 de copago 	<p>Hasta dos (2) visitas suplementarias al año.</p>
<p>Acupuntura¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago Fuera de la Red: 50% del costo 	<p>Hasta \$500 anuales para 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>
<p>Artículos fuera del recetario (OTC por sus siglas en inglés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada Fuera de la Red: 50% del costo 	<p>Hasta \$25 anuales para artículos o medicamentos fuera del recetario. Para más detalles refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestra página web. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>



First+PLUS



First+Plus
Advantage 2018

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	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 3: Marca Preferida	\$35 de copago	\$105 de copago	\$70 de copago
Nivel 4: Marca No Preferida	\$50 de copago	\$150 de copago	\$100 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.



First+PLUS



MMM-MKD-MIS-5387-091317-S-FP