



**Resumen de
Beneficios**

2023

**Planes
Medicare**

(HMO POS)



**¡Por ti,
somos
MUCHO
MÁS!**



En MMM, cada día es una nueva oportunidad para proveerte un mejor acceso a tu salud y bienestar. Desde herramientas innovadoras hasta programas únicos en su clase, buscamos dar la milla extra para que puedas vivir saludablemente donde quiera que estés.

Hace ya más de 20 años desde que rompimos barreras como pioneros en Medicare Advantage, y nuestra exitosa trayectoria habla por sí sola. Continuamos como líderes en la industria de la salud porque nuestro compromiso se mantiene sólido, y porque sabemos que, por ti y para ti, somos mucho más que un plan.

¡Gracias por confiar en nosotros!

Este manual incluye un **Resumen de Beneficios** e información relevante sobre la cubierta de MMM. La descripción completa de beneficios está en la **Evidencia de Cubierta**.

¿Tienes preguntas sobre tu plan o beneficios?

Llama al **Departamento de Servicios al Afiliado** al **1-866-333-5470** (libre de cargos), o al TTY: **711** (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



Conoce tu tipo de cubierta.

Las iniciales al lado del nombre de tu cubierta indican el tipo de plan que tienes.

HMO | **Health Maintenance Organization** **(Organización para el Mantenimiento de la Salud)**

Este tipo de plan te provee servicios a través de doctores, hospitales y otros proveedores contratados por el plan. Para poder coordinar tu cuidado, tienes que seleccionar un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés). Por lo general, en los planes tipo “HMO”, se necesita un referido de tu médico primario para recibir servicios de otros proveedores de la red. Sin embargo, algunos de nuestros planes HMO no requieren referidos.

Podrás visitar un proveedor fuera de la red, siempre y cuando sea un caso de emergencia, una urgencia, o un servicio de diálisis renal mientras estás fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores de la red no están disponibles.

HMO-POS | **Point-of-Service Option** **(Opción de Punto de Servicio)**

Los planes “POS” te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de \$10,000 para servicios fuera de la red. Al igual que con un HMO, tienes que seleccionar tu médico primario para coordinar tus servicios dentro de la red de proveedores contratados por el plan.

Busca en tu **Evidencia de Cubierta** más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red.

HMO-SNP

Special Needs Plan (Plan de Necesidades Especiales)

Los planes SNP de Medicare son exclusivos para personas con características o condiciones específicas. Los beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos son pensados y diseñados para satisfacer mejor las necesidades específicas de los grupos a los que atienden. Al igual que en un HMO, en este plan, tendrás que seleccionar un médico primario (PCP) para la coordinación de tus servicios dentro de la red de proveedores contratada por el plan.

MMM ofrece dos tipos de planes de necesidades especiales:

■ Condiciones Crónicas (Chronic Special Needs (C-SNP))

para personas que tienen condiciones crónicas específicas. Las condiciones crónicas establecidas en nuestro plan son: diabetes, fallo cardíaco crónico y condiciones cardiovasculares.

■ Elegibilidad Dual (Dual Special Needs (D-SNP))

Nuestro plan tiene un contrato con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para ofrecer un plan de Elegibilidad Dual, también conocido como el Programa Medicare Platino. El nuestro es para personas elegibles a ambos: Medicare y Medicaid.

Para más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red y/o la red de proveedores, puedes llamar a Servicios al Afiliado, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., al:

1-866-333-5470
(libre de cargos)

TTY: 711
(audio impedidos)

**O, puedes visitar nuestra página de Internet:
www.mmmpr.com**

Conoce definiciones comunes en el plan.



Chequeo Médico Anual

Evaluación Anual de Salud (también conocida como AHA, por sus siglas en inglés). Es un chequeo médico completo que tiene que realizarse una vez al año.



Coaseguro

El coaseguro es la parte del costo que pagarás por servicios médicos o medicamentos recetados (por ejemplo, 20%).



Copago

Un copago es una cantidad fija en dólares que pagarás como tu parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado (por ejemplo, \$2 por visitas a Especialistas).



Costo Máximo de tu Bolsillo

Es la cantidad máxima de lo que pagarás en el año en copagos, coaseguros y deducibles por servicios médicos. Cuando alcances esta cantidad, el plan pagará los costos adicionales de servicios médicos cubiertos. Este tope no incluye tus costos por medicamentos recetados.



Deducible

La cantidad previa que pagas por tus servicios de cuidado de salud o medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos. Nuestras cubiertas no requieren de un pago por deducible.



Farmacia de la Red

Es una farmacia donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados porque tiene contrato con nuestro plan.



Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos")

Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos, siguiendo las guías clínicas establecidas para tener, al menos, una alternativa de terapia para cada necesidad médica. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.



Preautorizaciones

Un proceso simple que se tiene que completar antes de adquirir algunos servicios o medicamentos, en el cual el plan aprueba por adelantado dichos servicios o medicamentos, de manera que estén cubiertos antes de utilizarlos.



Proveedor en la Red

Un médico, hospital, instalación u otro proveedor que participa en la red de proveedores contratados del plan.



Proveedor fuera de la Red

Un médico, hospital, instalación u otro proveedor que no participa en la red de proveedores del plan. En algunas cubiertas, podrás visitar proveedores fuera de la red de nuestro plan, aunque es posible que tengas que pagar copagos o coaseguros más altos.

Tabla Comparativa de Cubiertas



Resumen de Beneficios

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y de lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una "Evidencia de Cubierta" o puedes acceder al documento visitando nuestra página de Internet.
- El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.
- Esta información está disponible en otros formatos como braille, letra agrandada y cintas de audio.
- ¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Servicios al Afiliado al **1-866-333-5470** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de cargos.
- Visita nuestra página de Internet en: **www.mmmpr.com**.



MMM ha establecido una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si visitas proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Proveedores fuera de la red o no contratados, no están obligados a atender afiliados de MMM, excepto en casos de emergencia. Por favor, llama a Servicios al Afiliado o verifica tu Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo los deducibles, coaseguros o copagos aplicables.

Generalmente, tienes que utilizar una farmacia de nuestra red para adquirir tus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de las Partes C y D.

Puedes ver nuestro Formulario de Medicamentos Recetados y Directorio de Proveedores y Farmacias en nuestra página de Internet (www.mmmpr.com), o si deseas una copia impresa, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a:

- **MMM Plenitud (HMO POS),**
- **MMM Flexi Max (HMO POS),**
- **MMM Deluxe (HMO POS),**
- **MMM Balance (HMO POS),**
- **MMM Dinámico (HMO POS),**
- **MMM Elite (HMO POS),**
- **PMC Max (HMO POS),**

tienes que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Además, este año, también contamos con una cubierta regional, con acceso a servicios a través de toda la Isla:

■ **MMM Encanto (HMO POS)**

Esta cubierta estará disponible para afiliados con Partes A y B de Medicare, que residen en los siguientes municipios:

Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un **1** pueden requerir preautorización.

Servicios con un **2**: beneficio fuera de la red, 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$10,000. Requiere preautorización.

Servicios con un **3** tienen \$0 copago en los servicios disponibles en MMM Multiclínica.

La elegibilidad para servicios con un **4** será determinada después de su afiliación al plan. Para recibir este beneficio, tiene que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, vea su Evidencia de Cubierta o llame a Servicio al Afiliado.

¿Qué más debes saber?

Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual "Medicare y Usted 2023".

Puedes verlo en Internet en:

<http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días de la semana.

Usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.



Cubiertas HMO POS

Los planes "POS" te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros).

MMM Plenitud (HMO POS)

MMM Flexi Max (HMO POS)

MMM Deluxe (HMO POS)

MMM Balance (HMO POS)

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud
(HMO POS)

Prima mensual del plan

\$0

Reducción a la prima de la Parte B

\$40 mensual

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

No paga nada

Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red y fuera de la red.

\$3,250

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

- Red Preferida
No paga nada
No paga nada en Unidad Dorada
- Red General
\$50 de copago

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

\$25 de copago

Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}

No paga nada

Visitas a la oficina del médico ²

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Especialistas ³

- **No paga nada**
- **No paga nada**

Cuidado preventivo ^{1,2}

Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.

No paga nada

Cuidado de emergencias

Si es admitido al hospital, no pagas tu parte del costo (Vea la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos). Límite máximo del Plan **\$500** para cubierta mundial.

- **\$50** de copago
- Cubierta mundial
\$100 de copago

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Max (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO POS)
\$0	\$0	\$0
No aplica	\$164.90 mensual	\$70
No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250
<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida \$10 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida \$10 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida \$5 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General \$25 de copago
\$25 de copago	\$25 de copago	\$50 de copago
No paga nada	No paga nada	No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$5 de copago
No paga nada	No paga nada	No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud
(HMO POS)

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.

- **No paga nada**
- Cubierta mundial
\$100 de copago

Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología ^{1,2}

- Servicios de radiología diagnóstica ³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio ³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$25** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No paga nada**
- **No paga nada**

Servicios de audición ^{1,2}

- Servicios de audición cubiertos por Medicare
- Audífonos suplementarios
- Examen rutinario
- Servicio de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios

Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**

Hasta **\$1,250** cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales ^{1,2}

- Servicios preventivos
- Servicios dentales cubiertos por Medicare
- Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual*
- Prostodoncia
 - Removible*
 - Puente fijo*
 - Implantes*

*Ciertos límites y restricciones aplican.

- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**

- **No paga nada**

Hasta **\$5,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Max (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial • \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial • \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial • \$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,250 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,250 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,250 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<p>Hasta \$1,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<p>Hasta \$1,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<p>Hasta \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud
(HMO POS)

Servicios de visión ^{1,2}

- Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo
- Examen visual de rutina
- Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un examen rutinario de visión suplementario por año.

• **No paga nada**

- **No paga nada**
- **No paga nada**

Hasta \$850 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Cuidado de salud mental ^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria ³
- Visita de terapia individual ambulatoria ³

Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.
Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".

- **\$50** de copago
- **No paga nada**
- **No paga nada**

Centro de enfermería especializada ^{1,2} (SNF, por sus siglas en inglés)

Hasta 100 días en un SNF.

No paga nada

Terapia física ^{1,2}

\$4 de copago

Ambulancia ²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No paga nada

Transportación suplementaria ¹

*Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.

No paga nada

Viajes ilimitados de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Max (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$600 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$700 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<p>\$5 de copago</p>	<p>\$5 de copago</p>	<p>\$4 de copago</p>
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<p>No paga nada</p> <p>Hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta 10 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p>

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud
(HMO POS)

Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2}

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

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

Beneficios Adicionales

Cuidado del pie ^{1,2,3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

Estos planes cubren hasta 6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarias.

- **No paga nada**
- **No paga nada**

Equipo médico duradero / Suministros médicos ^{1,2}

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

- **No paga nada**
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No paga nada**

Programas de bienestar

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 impresos de educación en salud
- Adiestramiento nutricional

No paga nada

MMM Flexi Card ⁴

Límites y restricciones pueden aplicar. El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2023.

\$110 mensual

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Max (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO POS)
<ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo • 10% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo • 10% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo • 20% del costo
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • 0%-20% del costo • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0%-20% del costo • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<p>\$225 mensual</p>	<p>\$30 mensual</p>	<p>\$130 mensual</p>

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud
(HMO POS)

MMM Elige ⁴

Puedes escoger hasta dos (2) de los siguientes beneficios suplementarios:

- 1. Teléfono Inteligente:** Eres elegible para un (1) teléfono inteligente con un plan de voz y data para fines no relacionados con la salud;
- 2. Asistencia en el Hogar¹:** Eres elegible para visitas en el hogar de 4 horas (hasta 12 horas por trimestre con un máximo del plan de 48 horas por año) para cuidado personal y apoyo para realizar actividades del diario vivir;
- 3. Cantidad adicional para MMM Flexi Card:** Eres elegible para hasta \$50 adicionales al mes;
- 4. Comida preparada / Comida y provisiones*:** Eres elegible para hasta 45 comidas congeladas por trimestre (con un máximo del plan de 180 comidas congeladas al año) o una (1) caja de alimentos saludables al mes.

* Para información sobre cómo coordinar tus beneficios, llame a Servicios al Afiliado.

No cubierto

MMM Elige ⁴

Puedes escoger solo uno (1) de los siguientes beneficios suplementarios:

- 1. Asistencia en el Hogar¹:** Eres elegible para visitas en el hogar de 4 horas (hasta 24 horas por trimestre con un máximo del plan de 96 horas por año) para cuidado personal y apoyo para realizar actividades del diario vivir;
- 2. Cantidad adicional para MMM Flexi Card:** Eres elegible para hasta \$50 adicionales al mes.

* Para información sobre cómo coordinar tus beneficios, llame a Servicios al Afiliado.

No cubierto

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Max (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO POS)
No cubierto	No cubierto	No cubierto

No cubierto

No cubierto

No cubierto

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud
(HMO POS)

Artículos fuera del recetario

(OTC, por sus siglas en inglés)

Si su plan cubre OTC, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Cantidad de beneficio máximo compartido entre OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), dispositivos de seguridad para el hogar y el baño; y beneficio de acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.

No paga nada

Hasta **\$90** cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

Hasta **\$1,000** anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

- **No paga nada**
- **No paga nada**

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

Hasta **10** visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

Programa de comidas luego del alta ¹

Hasta **2** comidas por **5** días hasta **2** veces al año.
Un máximo de **20** comidas al año. Referidos pueden aplicar.

No paga nada

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Max (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO POS)
<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$50 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$35 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$60 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

MMM Plenitud - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas de beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para un máximo de 4 pastillas al mes.

MMM Flexi Max - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que paga hasta el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

MMM Deluxe - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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

MMM Balance - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$3 de copago	\$6 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$7 de copago	\$14 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de seis niveles:

- Genéricos Preferidos
- Genéricos
- Marca Preferida
- Marca No Preferida
- Medicamentos Especializados
- Medicamentos de Cuidado Selecto

Beneficios	MMM Plenitud (HMO POS)	MMM Flexi Max (HMO POS)	MMM Deluxe (HMO POS)	MMM Balance (HMO POS)
Genérico Preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$0	\$5	\$5	\$3
Marca No Preferida	\$0	\$10	\$10	\$7
Medicamentos Especializados	25%	25%	25%	25%
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0	\$0
Insulinas Selectas	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	4 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2023. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

Cubiertas HMO POS

Los planes "POS" te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros).

MMM Dinámico (HMO POS)

MMM Elite (HMO POS)

PMC Max (HMO POS)

MMM Encanto (HMO POS)

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO POS)

Prima mensual del plan

\$0

Reducción a la prima de la Parte B

No aplica

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

No paga nada

Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red y fuera de la red.

\$3,250

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

- Red Preferida **\$10** de copago
No paga nada en Unidad Dorada
- Red General **\$50** de copago

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

\$50 de copago

Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}

No paga nada

Visitas a la oficina del médico ²

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Especialistas ³

- **No paga nada**
- Red Preferida: **No paga nada**
- Red General: **\$0-\$3** de copago

Cuidado preventivo ^{1,2}

Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.

No paga nada

Cuidado de emergencias

Si es admitido al hospital, el mismo día por la misma condición, no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado hospitalario" de este folleto para otros costos. Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.

- **\$75** de copago
- Cubierta mundial **\$100** de copago

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Elite (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Encanto (HMO POS)
\$0	\$0	\$0
No aplica	No aplica	\$164.90 mensual
No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250
<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida No paga nada No paga nada en Unidad Dorada • Red General \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida No paga nada No paga nada en Unidad Dorada • Red General \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida No paga nada No paga nada en Unidad Dorada • Red General \$50 de copago
\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago
No paga nada	No paga nada	No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$3 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
No paga nada	No paga nada	No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO POS)

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.

- **No paga nada**
- Cubierta mundial
\$100 de copago

Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología ^{1,2}

- Servicios de radiología diagnóstica ³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio ³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$50** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No paga nada**
- **No paga nada**

Servicios de audición ^{1,2}

- Servicios de audición cubiertos por Medicare
- Audífonos suplementarios
- Examen rutinario
- Servicio de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios

Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**

Hasta **\$1,250** cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales ^{1,2}

- Servicios preventivos
- Servicios dentales cubiertos por Medicare
- Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual*
- Prostodoncia
 - Removible*
 - Puente fijo*
 - Implantes*

*Ciertos límites y restricciones aplican.

- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**

- **No paga nada**

Hasta **\$1,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Elite (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Encanto (HMO POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial • \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial • \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial • \$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,250 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<p>Hasta \$5,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<p>Hasta \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<p>Hasta \$3,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO POS)

Servicios de visión ^{1,2}

- Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo
- Examen visual de rutina
- Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un examen rutinario de visión suplementario por año.

• **No paga nada**

• **No paga nada**

• **No paga nada**

Hasta \$500 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Cuidado de salud mental ^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria ³
- Visita de terapia individual ambulatoria ³

Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.
Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".

• **\$50** de copago

• **\$0-\$5** de copago

• **\$0-\$5** de copago

Centro de enfermería especializada ^{1,2} (SNF, por sus siglas en inglés)

Hasta 100 días en un SNF.

No paga nada

Terapia física ^{1,2}

\$4 de copago

Ambulancia ²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No paga nada

Transportación suplementaria ¹

*Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.

No paga nada

Hasta 24 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.

<div style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">MMM Elite</h2> <p style="text-align: center; margin: 0;">(HMO POS)</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">PMC Max</h2> <p style="text-align: center; margin: 0;">(HMO POS)</p>	<div style="background-color: #90EE90; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">MMM Encanto</h2> <p style="text-align: center; margin: 0;">(HMO POS)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$450 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$850 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • No paga nada • No paga nada
<p style="text-align: center;">No paga nada</p>	<p style="text-align: center;">No paga nada</p>	<p style="text-align: center;">No paga nada</p>
<p style="text-align: center;">No paga nada</p>	<p style="text-align: center;">\$4 de copago</p>	<p style="text-align: center;">\$4 de copago</p>
<p style="text-align: center;">No paga nada</p>	<p style="text-align: center;">No paga nada</p>	<p style="text-align: center;">No paga nada</p>
<p style="text-align: center;">No paga nada</p> <p>Viajes ilimitados de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p>	<p style="text-align: center;">No paga nada</p> <p>Hasta 18 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p>	<p style="text-align: center;">No paga nada</p> <p>Hasta 30 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p>

Resumen de Beneficios

Cubiertas
(HMO POS)

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO POS)

Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2}

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

- **8%** del costo
- **20%** del costo

Beneficios Adicionales

Cuidado del pie ^{1,2,3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

Estos planes cubren hasta **6** visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarias.

- **No paga nada**
- **No paga nada**

Equipo médico duradero / Suministros médicos ^{1,2}

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

- **No paga nada**
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No paga nada**

Programas de bienestar

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 impresos de educación en salud
- Adiestramiento nutricional

No paga nada

MMM Flexi Card ⁴

Límites y restricciones pueden aplicar. El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2023.

\$100 mensual

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Elite (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Encanto (HMO POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 10% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 10% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 10% del costo
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0%-10% del costo • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<p>\$30 mensual</p>	<p>\$50 mensual</p>	<p>\$50 mensual</p>

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO POS)

MMM Elige⁴

Puedes escoger hasta dos (2) de los siguientes beneficios suplementarios:

- 1. Teléfono Inteligente:** Eres elegible para un (1) teléfono inteligente con un plan de voz y data para fines no relacionados con la salud;
- 2. Asistencia en el Hogar¹:** Eres elegible para visitas en el hogar de 4 horas (hasta 12 horas por trimestre con un máximo del plan de 48 horas por año) para cuidado personal y apoyo para realizar actividades del diario vivir;
- 3. Cantidad adicional para MMM Flexi Card:** Eres elegible para hasta \$50 adicionales al mes;
- 4. Comida preparada / Comida y provisiones*:** Eres elegible para hasta 45 comidas congeladas por trimestre (con un máximo del plan de 180 comidas congeladas al año) o una (1) caja de alimentos saludables al mes.

* Para información sobre cómo coordinar tus beneficios, llame a Servicios al Afiliado.

\$0 copago

Puedes escoger hasta dos (2) de los beneficios suplementarios:

1. Teléfono inteligente
2. Asistencia en el Hogar
3. \$50 mensual para MMM Flexi Card
4. Comida preparada / Comida y provisiones

MMM Elige⁴

Puedes escoger solo uno (1) de los siguientes beneficios suplementarios:

- 1. Asistencia en el Hogar¹:** Eres elegible para visitas en el hogar de 4 horas (hasta 24 horas por trimestre con un máximo del plan de 96 horas por año) para cuidado personal y apoyo para realizar actividades del diario vivir;
- 2. Cantidad adicional para MMM Flexi Card:** Eres elegible para hasta \$50 adicionales al mes.

* Para información sobre cómo coordinar tus beneficios, llame a Servicios al Afiliado.

No cubierto

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Elite (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Encanto (HMO POS)
No cubierto	No cubierto	No cubierto

No cubierto

\$0 copago

No cubierto

Puedes escoger uno (1)
de estos beneficios
suplementarios:

1. Asistencia en el Hogar
2. \$50 mensual para
MMM Flexi Card

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO POS)

Artículos fuera del recetario

(OTC, por sus siglas en inglés)

Si tu plan cubre OTC, refiérete la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Cantidad de beneficio máximo compartido entre OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), dispositivos de seguridad para el hogar y el baño; y beneficio de acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.

No paga nada

Hasta **\$40** cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

- **\$5** de copago
- **\$5** de copago

Hasta **\$1,000** anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

Hasta **10** visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

Programa de comidas luego del alta ¹

Hasta **2** comidas por **5** días hasta **2** veces al año.
Un máximo de **20** comidas al año. Referidos pueden aplicar.

No paga nada

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Elite (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Encanto (HMO POS)
<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$90 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$150 cada mes para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$50 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 12 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago <p>Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago <p>Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

MMM Dinámico - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$16 de copago	\$32 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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

MMM Elite - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas de beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para un máximo de 4 pastillas al mes.

Resumen de Beneficios

Cubiertas (HMO POS)

PMC Max - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas de beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$5 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para un máximo de 4 pastillas al mes.

MMM Encanto - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes or correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,400)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos. Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas de beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para un máximo de 4 pastillas al mes.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de seis niveles:

- Genéricos Preferidos
- Genéricos
- Marca Preferida
- Marca No Preferida
- Medicamentos Especializados
- Medicamentos de Cuidado Selecto

Beneficios	MMM Dinámico (HMO POS)	MMM Elite (HMO POS)	PMC Max (HMO POS)	MMM Encanto (HMO POS)
Genérico Preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$5	\$0	\$5	\$0
Marca No Preferida	\$16	\$0	\$10	\$0
Medicamentos Especializados	33%	25%	25%	25%
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0	\$0
Insulinas Selectas	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	No Cubierto	4 pastillas al mes	4 pastillas al mes	4 pastillas al mes

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2023. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.



**Beneficios
más allá
de Medicare
Original**



**¡MUCHO
MÁS
para tu
bolsillo!**

Usa tu tarjeta MMM Flexi Card para pagar:



Alimentos y provisiones
en supermercados



Copagos y coaseguros



Comidas preparadas



Artículos de Ferretería



Gasolina



Artículos para Cuidado
de Mascotas



Entretenimiento



Artículos de Jardinería

Mira cuánto tienes cada mes, según tu cubierta:

MMM Plenitud (HMO POS)	MMM Flexi Max (HMO POS)	MMM Deluxe (HMO POS)	MMM Balance (HMO POS)
\$110 mensual	\$225 mensual	\$30 mensual	\$130 mensual
MMM Dinámico (HMO POS)	MMM Elite (HMO POS)	PMC Max (HMO POS)	MMM Encanto (HMO POS)
\$100 mensual	\$30 mensual	\$50 mensual	\$50 mensual

El dinero que no uses, lo acumulas para el próximo mes durante el año contrato 2023!

Tu elegibilidad será determinada luego de tu afiliación al plan. Para recibir este beneficio, tienes que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, lee tu Evidencia de Cubierta o llama a Servicios al Afiliado.



MULTICLÍNICA

Tendrás acceso a un programa de cuidado, único en la Isla, que une varios especialistas en un solo lugar.

MMM Multiclínica es una red de clínicas multidisciplinarias, alrededor de la Isla para brindarte cuidado especializado, rápido y de fácil acceso.



¡Mucho más

que cuidado especializado!

Entre las especialidades que encontrarás, están:

- ✓ Cardiología
- ✓ Endocrinología
- ✓ Neumología
- ✓ Psicología
- ✓ Dermatología
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Urología
- ✓ Neurología, y mucho más!



COPAGO
en todos los servicios



Coordina tu cita
llamando al:
787-522-CITA
(2482)

cita@mmm-multiclinica.com

*Pronta apertura. Servicios pueden variar por clínica. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. Exclusivo para afiliados de MMM.

¡MUCHO MÁS para tu seguridad!

En la carretera, te asistimos con:



Cambio de goma
Por goma de repuesto



Cerrajería



Suministro de gasolina
Hasta dos (2) galones



Reemplazo de cristal
Una (1) vez al año



Recarga de batería



Servicio de grúa



Reemplazo de batería
Una (1) vez al año



Extracción de vehículo

MMM Asistencia te cuida, en tu hogar o en cualquier lugar del camino, con servicios* disponibles 24 horas al día, 7 días de la semana.



ASISTENCIA



servicios
al año^{*†}

En tu hogar, te ayudamos con:



Plomería

Destape de tuberías sanitarias



Cerrajería

Reestablecer acceso a residencia



Electricidad

Cambio de breakers a causa de corto circuito



Cristalería

Puertas / ventanas exterior de residencia



Seguridad en el hogar^{**}

Una (1) visita al año para preparar tu hogar con elementos de seguridad



Asistencia de Tecnología

Una (1) visita personal y apoyo remoto ilimitado al año



Fumigación

Servicio básico

El programa será limitado a fumigación sencilla para hormigas y cucarachas en el interior o exterior del hogar (eventos separados). Una (1) vez, cada tres (3) meses.

Para solicitar MMM Asistencia, llama al:

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

†Doce (12) servicios, \$300 por evento. Límites y restricciones pueden aplicar. *Servicios serán provistos en hasta cuatro (4) días laborables a partir de solicitud. Emergencias podrían ser atendidas en 24 horas. **Materiales como barras de seguridad y duchas no están incluidas en el precio. Tu elegibilidad será determinada luego de tu afiliación al plan. Para recibir este beneficio, tienes que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, lee tu Evidencia de Cubierta o llama a Servicios al Afiliado.



ELIGE

**¡Aquí,
eliges
MUCHO
MÁS!**

**¡Seguimos dando
mucho más para
tu bienestar!**

Escoge hasta dos (2) beneficios suplementarios adicionales:

MMM Dinámico (HMO POS)	
<input type="checkbox"/>  MMM Flexi Card ¹	<ul style="list-style-type: none"> ■ \$50 para MMM Flexi Card adicional al mes.
<input type="checkbox"/>  Teléfono Inteligente ¹	<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipo y servicio incluido ■ Internet, llamadas y textos ilimitados en Puerto Rico y Estados Unidos ■ Hotspot incluido ■ Plan de protección incluido
<input type="checkbox"/>  Cuidado en el Hogar ²	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preparación de comidas ■ Limpieza de hogar ■ Lavandería y planchado ■ Asistencia para bañarse, afeitarse y vestirse ■ Visitas en el hogar de 4 horas (hasta 12 horas por trimestre con un máximo de 48 horas por año)
<input type="checkbox"/>  Comidas o Provisiones ¹	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hasta 45 comidas congeladas por trimestre (180 comidas congeladas por año) ■ O una caja de alimentos saludables al mes

Podrás añadir un (1) beneficio adicional:

PMC Max (HMO POS)	
<input type="checkbox"/>  MMM Flexi Card ¹	<ul style="list-style-type: none"> ■ \$50 para MMM Flexi Card adicional al mes.
<input type="checkbox"/>  Cuidado en el Hogar ²	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preparación de comidas ■ Limpieza de hogar ■ Lavandería y planchado ■ Asistencia para bañarse, afeitarse y vestirse ■ Visitas en el hogar de 4 horas (hasta 24 horas por trimestre con un máximo de 96 horas por año)

1. Tu elegibilidad será determinada luego de tu afiliación al plan. Para recibir este beneficio, tienes que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, lee tu Evidencia de Cubierta o llama a Servicios al Afiliado. 2. Algunos servicios podrían requerir autorización.



OTC A TU
PUERTA

¡MUCHO MÁS para cuidarte!

Más opciones para pedir tus OTC:



**Catálogo
OTC**

Escoge tus OTC del **catálogo** o en nuestra **Aplicación Móvil MMM**, donde podrás ver nuestra amplia variedad de artículos disponibles.



**Aplicación
Móvil MMM**

Ordena directo desde la **Aplicación Móvil MMM**. ¡Es la opción más rápida y sencilla!



**Por
Teléfono**

También puedes ordenar llamando al **1-833-333-0043** (libre de cargos) o al TTY: **711** (audio impedidos).

Más opciones para recibir tus OTC:



**En nuestro
Vending Machine**

Puedes visitar nuestros **innovadores vending machines** alrededor de la Isla, donde puedes obtener tus OTC al momento.



**En tu
Hogar**

Recibe los artículos y medicamentos que seleccionaste, **en tu hogar**.



**En tu
Farmacia**

También puedes visitar tu **farmacia favorita de la red** para obtener tus productos OTC.

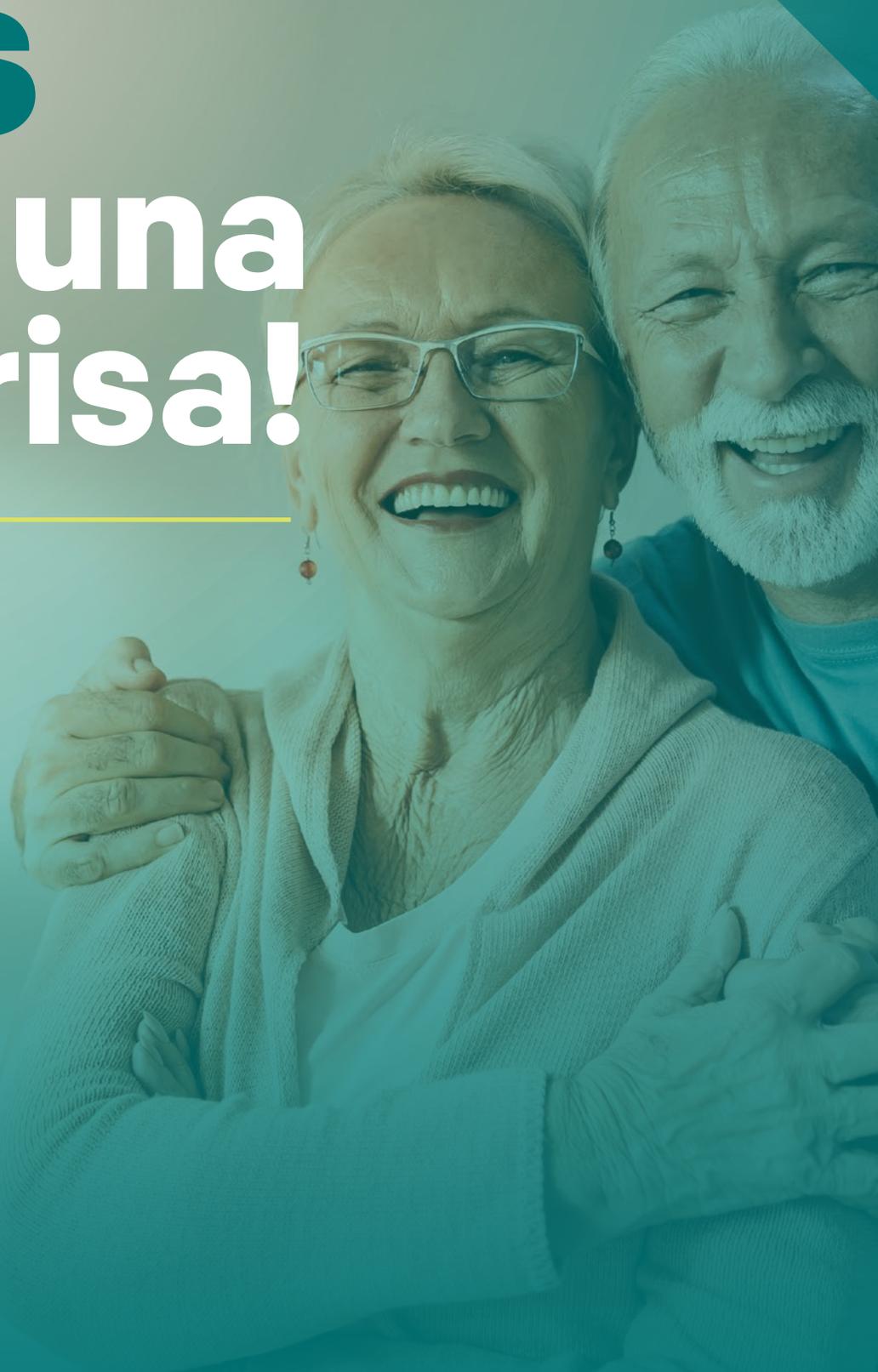
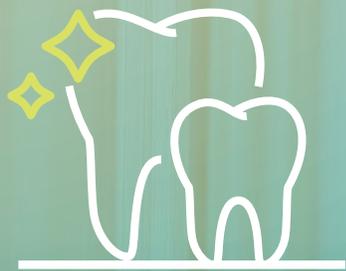


¡Te damos **MUCHO MÁS** en OTC!

MMM Plenitud (HMO POS)	MMM Flexi Max (HMO POS)	MMM Deluxe (HMO POS)	MMM Balance (HMO POS)
\$90 cada 3 meses	\$50 cada 3 meses	\$35 cada 3 meses	\$60 cada 3 meses
MMM Dinámico (HMO POS)	MMM Elite (HMO POS)	PMC Max (HMO POS)	MMM Encanto (HMO POS)
\$40 cada 3 meses	\$90 cada 3 meses	\$150 mensual	\$50 cada 3 meses

¡MUCHO MÁS

que una sonrisa!



Nuestra cubierta dental comprensiva te brinda:

0% coaseguro

¿Qué incluyen los servicios de restauración y prostodoncia?

- Coronas
- Frenectomía
- Puentes fijos
- Dentaduras completas o parciales en base de resina
- Servicios de implantes
- Dentaduras parciales en base flexible
- Cirugía maxilofacial

MMM Plenitud (HMO POS)	MMM Flexi Max (HMO POS)	MMM Deluxe (HMO POS)	MMM Balance (HMO POS)
\$5,000 anual	\$1,000 anual	\$1,000 anual	\$2,000 anual
0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro
MMM Dinámico (HMO POS)	MMM Elite (HMO POS)	PMC Max (HMO POS)	MMM Encanto (HMO POS)
\$1,000 anual	\$5,000 anual	\$1,500 anual	\$3,000 anual
0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro

*Ciertas restricciones pueden aplicar.



Aun si viajas a Florida central, ¡estás cubierto!

Los afiliados de MMM cuentan con los servicios médicos de **Orlando Family Physicians**, el grupo médico hispano más grande en la Florida central.

Allí, podrás obtener los siguientes beneficios:



Copagos iguales a los de Puerto Rico, sin alterar la cubierta en o fuera de la red.



Médicos primarios y especialistas.



Acceso a tus récords médicos para lograr cuidado coordinado.

¡Te cuidamos MUCHO MÁS!



NUTRI MÁS

Este servicio de entrega de comidas a domicilio te brinda alimentación saludable mientras te recuperas en tu hogar.

Luego del alta, puedes recibir hasta:

2 COMIDAS
NUTRITIVAS
POR DÍA

POR

5 DÍAS LUEGO
DE UNA
HOSPITALIZACIÓN*



**¡No tienes
que pagar nada!**

Este beneficio está disponible para todas las cubiertas.

Puedes disfrutar de este beneficio, hasta dos (2) veces por año, con un máximo de 20 comidas anuales.

*En hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).
Reglas de autorización y/o referidos pueden aplicar.

MUCHO MÁS

cómodo y seguro.



A TU CITA



Con **MMM a Tu Cita**, puedes coordinar la transportación a tus gestiones médicas. **¡Te llevamos a tiempo, a tu gusto!**

Solicita el servicio, al menos 5 días antes de la cita, llamando al:

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

El horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

MMM Plenitud (HMO POS)	MMM Flexi Max (HMO POS)	MMM Deluxe (HMO POS)	MMM Balance (HMO POS)
Ilimitados	12 viajes de ida o vuelta	12 viajes de ida o vuelta	10 viajes de ida o vuelta
MMM Dinámico (HMO POS)	MMM Elite (HMO POS)	PMC Max (HMO POS)	MMM Encanto (HMO POS)
24 viajes de ida o vuelta	Ilimitados	18 viajes de ida o vuelta	30 viajes de ida o vuelta

Reglas de autorización pueden aplicar.

MUCHO MÁS para tus ojos.

¡Te queremos
viendo clarito!

Por eso, todas nuestras
coberturas incluyen cuidado
de visión y libre selección de:

- Lentes regulares, bifocales, trifocales o de transición
- Reparación de espejuelos
- Monturas
- Tratamientos antirreflectivos y contra rayazos
- Ópticas dentro de nuestra red



MMM Plenitud (HMO POS)	MMM Flexi Max (HMO POS)	MMM Deluxe (HMO POS)	MMM Balance (HMO POS)
\$850 anual	\$600 anual	\$500 anual	\$700 anual
MMM Dinámico (HMO POS)	MMM Elite (HMO POS)	PMC Max (HMO POS)	MMM Encanto (HMO POS)
\$500 anual	\$1,000 anual	\$450 anual	\$850 anual

MUCHO MÁS al toque de un botón.



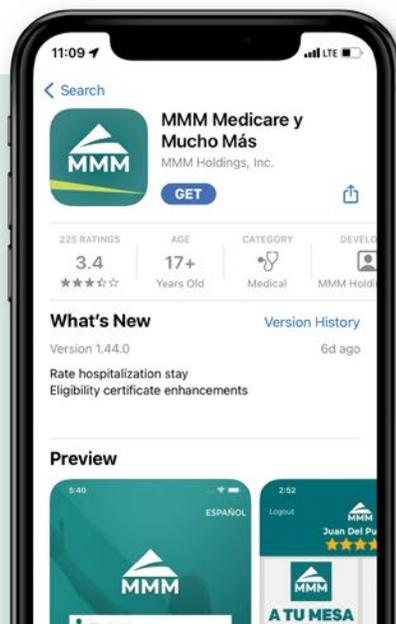


APLICACIÓN MÓVIL MMM

Tener acceso a tu información de salud es rápido, seguro y sencillo con la Aplicación Móvil MMM.

Al utilizarla, podrás estar al día y tener:

- Acceso a tu tarjeta, siempre
- Estado de preautorizaciones
- Reconciliación de medicamentos
- Directorio de Proveedores
- El catálogo OTC y hacer órdenes
- MMM Alerta ...¡y mucho más!



¡Descárgala hoy en tu celular o tableta!



MMM Medicare y Mucho Más
MMM Holdings, Inc.



Oficinas Regionales y Members Club

Recuerda que puedes visitarnos en cualquiera
de nuestras oficinas regionales ubicadas en:



Oficinas Regionales



Members Club

Área Metro

Carolina

Paseo del Prado
Shopping Center
Carr. 3, km 8.4
Barrio Martín González
Carolina, PR 00985
787-622-3000 ext. **57060**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Bayamón

Plaza Tropical Shopping
Center
Carr. 167, km 22.2
Bayamón, PR 00959
787-622-3000 ext. **57040**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

San Juan

Bechara Industrial Park
Marginal Avenida Kennedy,
Calle Segarra Edif. #411
San Juan, PR 00936
787-622-3000 ext. **57050**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Área Oeste / Noroeste

Aguadilla

Borinquen Town Plaza
Carr 107 km 3.0
(Ave. Pedro Albizu Campos)
Aguadilla, PR 006055
787-622-3000 ext. **57010**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Hatillo

Edif. Galería del Norte II,
Suite 201
Carr. 2 km 81.6
Hatillo, PR 00659
787-622-3000 ext. **57020**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Manatí

El Trigal Plaza
Carr. 2 km 4.8 (Esquina) Rd. 149
Bo. Cotto Norte
Manatí, PR 00674
787-622-3000 ext. **57030**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Mayagüez

Complejo Office Park III
Carr #2 km 157.0 Int
Mayagüez, PR 00682-24522
787-622-3000 ext. **57130**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.



LEYENDA:

- Oficinas **MMM Regionales**
- Centros **MMM Members Club**

Área Central

Caguas

Edif. Gatsby Plaza, Piso 3
Avenida José Mercado
Esq. Ruiz Belvis
Caguas, PR 00725
787-622-3000 ext. **57100**
Lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Este

Fajardo

Oficina # 4, Ave. Conquistador
El Conquistador Plaza, Fajardo, PR 00738
787-622-3000 ext. **57080**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Sur / Sureste

Guayama

Edificio FISA II, Paseo del Pueblo
Carr. 54 km 2.3 Interior
Guayama, PR 00784
787-622-3000 ext. **57110**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Ponce

San Jorge Mall
Carr. #2 Ponce By-Pass
Ponce, PR 00716
787-622-3000 ext. **57120**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Humacao

Carr. 3, km 83.3
Calle Marginal, Urb. Buzo, Local 1
Humacao, PR 00791
787-622-3000 ext. **57090**
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más
- Algunas personas menores de 65 años con discapacidades
- Individuos con Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Medicare tiene cuatro partes: A, B, C y D.

PARTE A:

Cubierta de hospital te cubre:

- Cuidado como paciente hospitalizado
- Cuidado en centros de enfermería especializada
- Cuidado de salud en el hogar
- Cuidado de hospicio

PARTE B:

Cubierta médica; ayuda a cubrir:

- Servicios de médicos y de otros profesionales de la salud
- Cirugía ambulatoria
- Laboratorios y rayos X, servicios de ambulancia, servicios preventivos, equipo médico duradero, como: prótesis, sillas de ruedas, y camas de hospital, entre otros.

En Puerto Rico, cuando eres elegible a la Parte A de Medicare, tienes que solicitar la inscripción a la Parte B de Medicare en la oficina de Seguro Social ya que la inscripción no es automática. El tiempo es clave porque, si no realizas la gestión de inscripción a tiempo, ello puede implicar penalidades económicas que impone Medicare en tu prima de la Parte B.

PARTE C:

Planes Medicare Advantage

Son planes privados con contrato y aprobación de Medicare. Cubren todos los beneficios que cubren las Partes A y B y, en ocasiones, la D, de Medicare. Además, pueden ofrecer beneficios adicionales que no están incluidos en Medicare Original.



Para poder afiliarte a un plan Medicare Advantage, tienes que:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos de América o contar con presencia legal en los EE. UU.
- Tener las Partes A y B de Medicare.
- Residir permanentemente en el área de servicio del plan.

Los planes Medicare Advantage pueden ayudar a cubrir:

Todos los servicios que cubren las Partes A y B, excepto el cuidado de hospicio (cubierto por Medicare). Beneficios adicionales y servicios que Medicare Original no cubre, como:

- Exámenes rutinarios de salud dental, visual y auditiva.
- Audífonos o espejuelos.
- Atención de emergencia cuando estás viajando fuera de Puerto Rico o Estados Unidos.
- Medicamentos recetados.
- Otras ventajas adicionales.

PARTE D:

Cubierta de Medicamentos Recetados

Aseguradoras privadas, aprobadas por Medicare, pueden ofrecer cubierta de la Parte D que ayudan a cubrir medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Las cubiertas de medicamentos varían de un plan a otro; cada plan tiene un formulario que detalla los medicamentos que están cubiertos en el plan.

Cuando te afilias a un plan de la Parte D, pagas:

- Tu prima mensual de la Parte D, si aplica.
- Cualquier pago de tu bolsillo, como copagos, deducibles y coaseguros, dependiendo del plan que escojas.
- Una penalidad por afiliación tardía si has estado 63 días consecutivos o más sin cubierta de la Parte D desde el momento en que te hiciste elegible.

Con MMM, puedes obtener la Parte D junto a tus cubiertas de servicios médicos y más, sin pagar una prima mensual adicional para medicamentos recetados.

Períodos de Afiliación

A lo largo del año, hay algunos momentos en los que te puedes afiliar a una cubierta Medicare Advantage o hacer un cambio en la misma según lo establece Medicare. A continuación, te resumimos las fechas importantes y el tipo de acciones que se pueden tomar en las mismas.



Período de Afiliación Anual 15 de octubre al 7 de diciembre

Te puedes afiliar o desafiliar de un plan Medicare Advantage o de un plan de medicamentos de la Parte D. La cubierta que escojas será efectiva el 1 de enero siguiente.



Período Abierto de Afiliación Medicare Advantage 1 de enero al 31 de marzo

Si estás afiliado a un Plan Medicare Advantage, tendrás una sola oportunidad para:

- Cambiarte a un plan Medicare Advantage diferente
- Desafiliarte de tu plan Medicare Advantage y regresar a Medicare Original, Parte A y Parte B
- Afiliarte a un plan independiente de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.



Período Cerrado 1 de abril al 14 de octubre

Te mantienes en el plan Medicare Advantage que seleccionaste hasta el próximo Período de Afiliación Anual en octubre, a menos que seas elegible para un Período de Afiliación Especial.





Período de Afiliación Inicial

Al cumplir los 65, eres elegible para las Partes A y B de Medicare, con lo que también llega tu oportunidad para afiliarte a un plan Medicare Advantage.

Este período dura siete (7) meses:

- tres meses antes de tu cumpleaños
- el mes de tu cumpleaños 65
- tres meses después de tu cumpleaños



Período de Afiliación Especial

A veces, ocurren eventos en tu vida que te permiten hacer cambios en tu cubierta Medicare Advantage en fechas que caen fuera del Período de Afiliación Anual. Por ejemplo, si vivías fuera de la Isla y regresas a residir en el área de servicio del plan, eres elegible para un Período de Afiliación Especial.



Período de Afiliación Especial para Individuos Duales

Para beneficiarios de Medicare y Medicaid cuyo cuidado de salud cae bajo lo que se conoce como una cubierta Medicare Platino, se conceden tres períodos especiales en el año para desafiliarse de su plan Medicare Advantage o cambiar a un plan diferente.

Estos períodos son:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Los beneficiarios del Programa Medicare Platino podrán afiliarse o desafiliarse una vez en cada trimestre según descrito arriba. Ya que el Período de Afiliación Anual está en vigor de octubre a diciembre, cuando todos los afiliados de Medicare Advantage pueden realizar cambios, este Período Especial no aplica de octubre a diciembre.

Lista de requisitos de elegibilidad para MMM Flexi Card, MMM Asistencia y MMM Elige

MMM Healthcare, LLC. (MMM)

Estos beneficios han sido diseñados para pacientes con condiciones crónicas diagnosticadas por un médico. Si tienes diagnóstico médico de una o más de estas condiciones, y tu cubierta incluye la MMM Flexi Card, MMM Asistencia y MMM Elige, calificas para aprovechar sus ventajas.

- **Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga**

- **Desórdenes autoinmunes, limitados a:**

- Poliarteritis nodosa
- Polimialgia reumática
- Polimiositis
- Artritis reumatoide
- Lupus sistémico eritematoso

- **Cáncer** (excepto condiciones precancerosas o carcinoma *in-situ* que no se ha extendido).

- **Desórdenes cardiovasculares, limitados a:**

- Arritmia cardiaca
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Enfermedad vascular periférica
- Desorden tromboembólico venoso crónico
- Fallo cardiaco crónico

- **Demencia**

- **Diabetes mellitus**

- **Enfermedad del hígado en etapa terminal**

- **Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (requiere diálisis)**

- **Desórdenes severos de la sangre, limitados a:**

- Anemia aplásica
- Hemofilia
- Púrpura trombocitopénica inmune
- Síndrome mielodisplásico
- Enfermedad de células falciformes (con excepción del rasgo de células falciformes, SCT)

- Desorden tromboembólico venoso crónico

- **VIH/SIDA**

- **Desórdenes pulmonares crónicos, limitados a:**

- Asma
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar

- **Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental, limitadas a:**

- Desórdenes de bipolaridad
- Desórdenes de depresión mayor
- Paranoia
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo

- **Desórdenes neurológicos, limitados a:**

- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Parkinson
- Epilepsia
- Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
- Esclerosis múltiple
- Estenosis espinal
- Parálisis extensiva (como hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
- Polineuropatía

- **Derrame Cerebral**

- **Déficit neurológico relacionado con derrame cerebral**

- **Desórdenes gastrointestinales crónicos** (Ej. colitis ulcerativa, enfermedad de Chron)

- **Desórdenes nutricionales crónicos** (Ej. obesidad mórbida, obesidad clase 2 o mayor)

- **Etapas 3 y 4 de la enfermedad renal crónica**

- **Hiperlipidemia** (aumento de colesterol y/o triglicéridos en la sangre)

- **Hipertensión** (aumento de presión arterial)



¿Qué es lo próximo?



Recibirás una carta con la fecha de inicio de tu plan cuando CMS haya confirmado tu inscripción.



Obtendrás tu tarjeta de identificación de afiliado después de recibir tu notificación de confirmación.



Dentro de los 90 días posteriores al inicio de tu plan de salud, recibirás una llamada para completar una encuesta de salud.



Lista de Cotejo Pre-Afiliación

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si usted tiene alguna pregunta, puede llamarnos y hablar con un representante de servicios al 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (audio impedidos).

Entendiendo los beneficios

- La Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los beneficios y servicios. Es importante revisar la cubierta de su plan, los costos, y los beneficios antes de afiliarse. Visite www.mmmpr.com o llame al 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (audio impedidos) de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para estar seguro de que los médicos que usted visita ahora se encuentran en la red. Si no aparecen, eso significa que usted tendría que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para estar seguro de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece, usted tendría que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario de medicamentos para estar seguro de que los medicamentos que usa están cubiertos.

Entendiendo Reglas Importantes

- Además de la prima mensual del plan, usted tendrá que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se la descuentan de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Beneficios, primas y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Excepto en emergencias o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios fuera de la red de proveedores (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).

Para planes HMO-POS

Nuestro plan le permite visitar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque paguemos por ciertos servicios cubiertos provistos por el proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en atenderle. Excepto en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden rechazar atenderle. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

Para planes C-SNP

Este plan es un plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para afiliarse estará basada en la verificación de que usted padece de una condición crónica severa o incapacitante.

Para planes D-SNP

Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para afiliarse estará basada en la verificación de que es elegible tanto para Medicare como para la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.



Aviso sobre no discriminación

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., no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información impresa / escrita en otros formatos (letra agrandada, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, tales como:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información impresa / escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si entiende que MMM Healthcare, LLC., no le proporcionó estos servicios o discriminó en su contra de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querrela ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114, San Juan PR 00936-8014, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmmhc.com (correo electrónico). Puede radicar su querrela en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una querrela de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de querrela en el sitio web:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-5470 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish (Español): Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-5470 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin (中文 普通话): 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-866-333-5470 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese (中文 粵語): 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-866-333-5470 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (Filipino): Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-5470 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French (Français): Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-5470 (ATS: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese (tiếng Việt): Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-5470 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German (Deutsch): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-5470 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean (한국어): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-5470 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian (Русский): Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-5470 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [711] [1-866-333-5470]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi (हिंदी): हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-5470 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian (Italiano): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-5470 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese (Português): Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-5470 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole (Kreyòl Ayisyen): Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-5470 (TTY). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish (Polski): Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-5470 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese (日本語): 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-333-5470 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Ukrainian (Українська): У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наше здоров'я або план наркотиків. Щоб отримати перекладача, просто зателефонуйте нам за адресою 1-866-333-5470 (телетайп: 711). Той, хто говорить англійською / мовою, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

Catalan (Català): Disposem de serveis d'interpret gratuït per respondre a qualsevol pregunta que pugui tenir sobre el nostre pla de salut o medicaments. Per aconseguir un intèrpret, només cal que ens truquis al 1-866-333-5470 (TTY:711). Algú que parla anglès/idioma us pot ajudar. És un servei gratuït.

PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014



Representante de ventas:

Teléfono: _____

Cubierta: _____

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

www.mmmpr.com |  