



20
22

Resumen de Beneficios

Planes Medicare Platino

Plan de Salud
medicare
PLATINO
Administración de Seguros de Salud
Gobierno de Puerto Rico


MMM
caminamos juntos

TE DAMOS MÁS PARA CUIDAR TU SALUD



Desde el principio, hemos marcado la diferencia para asegurar que nuestros afiliados vivan saludablemente.

Trabajamos con la meta de brindar un mejor acceso a la salud, con herramientas y programas que están a la vanguardia de la industria de la salud en Puerto Rico. Año tras año, el apoyo de nuestros afiliados nos confirma que esta ha sido la ruta correcta. **Hoy, más de 11,500 proveedores están a tu servicio.**

Continuaremos innovando con el compromiso y la calidad que necesitas para disfrutar una vida plena.

iGracias por confiar en MMM!

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 **1-866-333-5469**

TTY (audio impedidos),

de lunes a domingo,

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



CONOCE TU TIPO DE CUBIERTA

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 \$5,000 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.

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

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 cardiaco 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) / **1-866-333-5469** (TTY)

O, puedes visitar nuestra página web: www.mmmpr.com

CONOCE COMUNES



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.

DEFINICIONES EN EL PLAN



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 alternativas 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 coaseguros más altos.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2022

TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS

- 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 el 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 1-866-333-5469, 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, coaseguro o copagos que aplicarían.

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 la Parte C y la Parte 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 Diamante Platino (HMO-SNP),
- MMM Relax Platino (HMO-SNP),
- MMM Valor Platino (HMO-SNP),
- MMM Grande Platino (HMO-SNP),
- MMM Bono (HMO-SNP) o
- PMC Premier Platino (HMO-SNP),

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

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un ¹ pueden requerir preautorización.

Servicios con un ² pueden requerir referido de tu médico.

¿QUÉ MÁS DEBES SABER?

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

Estos planes son exclusivos para personas con elegibilidad dual (Medicare-Medicaid).

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Reducción a la prima de la Parte B	\$20 mensual	\$86 mensual
Deducible Estos planes no tienen deducible.	No paga nada	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red.	\$3,250	\$3,250
Cuidado hospitalario ¹ Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización.	No paga nada \$0 de copago en Unidad Dorada	No paga nada \$0 de copago en Unidad Dorada
Servicios ambulatorios en el hospital ¹	No paga nada	No paga nada
Centro de cirugía ambulatoria¹	No paga nada	No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP) </div>	<div style="background-color: #FFD700; color: black; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP) </div>	<div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP) </div>	<div style="background-color: #6AA84F; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) </div>
\$0	\$0	\$0	\$0
\$148.50 mensual	\$0 mensual	\$0 mensual	\$35 mensual
No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250	\$3,250
No paga nada \$0 de copago en Unidad Dorada	No paga nada \$0 de copago en Unidad Dorada	No paga nada \$0 de copago en Unidad Dorada	No paga nada \$0 de copago en Unidad Dorada
No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada
No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	<div style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)	<div style="background-color: #800080; color: white; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)
Visitas a la oficina del médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de Cuidado Primario • Especialistas² 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
Cuidado preventivo¹ Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	No paga nada	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	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago
Cuidado urgentemente necesario Si es admitido al hospital, no paga su parte del costo. Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago
Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	<div style="background-color: #FFD700; color: black; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	<div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	<div style="background-color: #3CB371; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<p style="text-align: center;">No paga nada</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)
Servicios de audición ¹ <ul style="list-style-type: none">• Servicios de audición cubiertos por Medicare• Audífonos suplementarios• Servicio de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios Hasta una evaluación suplementaria anual para ajuste de audífonos.	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada• No paga nada Hasta \$3,000 anuales para la compra de audífonos para ambos oídos.	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada• No paga nada Hasta \$600 cada 3 años para la compra de audífonos para ambos oídos.
Servicios dentales ¹ <ul style="list-style-type: none">• Servicios dentales cubiertos por Medicare• Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual• Prostodoncia removible<ul style="list-style-type: none">- Puente fijo*- Implantes* <p>*Ciertos límites y restricciones aplican. El tope máximo del plan no aplica a los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno. Cubrimos otros servicios dentales cubiertos por Medicaid. Refiérase a la sección "Servicios Cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.</p>	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada• No paga nada Eres elegible para un máximo de \$5,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada• No paga nada Eres elegible para un máximo de \$2,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.
Servicios de visión <ul style="list-style-type: none">• Servicios de visión cubiertos por Medicare¹• Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada Hasta \$825 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada Hasta \$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 cada 2 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 <p>Hasta \$100 anuales para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,500 anuales para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Eres elegible para un máximo de \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Eres elegible para un máximo de \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Eres elegible para un máximo de \$500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Eres elegible para un máximo de \$3,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$450 anuales 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 <p>Hasta \$200 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)
<p>Cuidado de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado intrahospitalario¹ • Visita de terapia grupal ambulatoria^{1,2} • Visita de terapia individual ambulatoria^{1,2} <p>Hasta 190 días de hospitalización por cuidado de salud mental, de por vida. Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</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 • No paga nada • No paga nada
<p>Centro de enfermería especializada¹ (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>Hasta 100 días en un SNF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<p>Terapia física¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<p>Ambulancia¹</p> <p>Requiere autorización, excepto para emergencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<p>Transportación suplementaria¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Viajes ilimitados de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Viajes ilimitados de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • 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 • No paga nada • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Viajes ilimitados de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
BENEFICIOS ADICIONALES		
<p>Cuidado del pie (servicios de podiatría)^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios <p>Hasta 6 visitas rutinarias para servicios de podiatría suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<p>Equipo médico duradero/ Suministros médicos¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.) • Suministros médicos • Suministros para diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0% - 10% del costo • No paga nada • No paga nada • No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP) </div>	<div style="background-color: #ffff00; color: black; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP) </div>	<div style="background-color: #ffa500; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP) </div>	<div style="background-color: #80c080; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) </div>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0% - 20% del costo • 10% del costo • 10% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>
Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$100 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$60 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
Cuidado quiropráctico^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios <p>Hasta \$750 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
Acupuntura^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$100 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$50 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$200 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	\$0
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,430)	Medicamentos Cubiertos	\$0	\$0
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$7,050)	Medicamentos Cubiertos	\$0	\$0
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$7,050)	Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de tus medicamentos.		

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 del beneficio, por favor llámanos o refiérete a nuestra Evidencia de Cubierta en Internet.

Favor de referirte a la sección "Servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.



CUBIERTAS

HMO-SNP

Servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid
Contratos H4003 017, 047, 049 y H4004 048, 061 y 062

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos del Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio que se menciona a continuación, puedes ver lo que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre y lo que nuestro plan cubre. Lo que pagas por servicios cubiertos dependerá de tu nivel de elegibilidad con Medicaid.

La cubierta de los beneficios que se describen a continuación depende de tu nivel de elegibilidad de Medicaid. No importa cuál sea tu nivel de elegibilidad de Medicaid, MMM Diamante Platino (HMO-SNP), MMM Bono Platino (HMO-SNP), MMM Relax Platino (HMO-SNP), PMC Premier Platino (HMO-SNP), MMM Valor Platino (HMO-SNP) y MMM Grande Platino (HMO-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos del Resumen de Beneficios. Si tienes preguntas acerca de tu elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tienes derecho, llama al: 1-866-333-5470 (libre de cargos), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos).

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Servicios de Hospitalización	<p>Admisiones: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>Neonatal: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el Wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la MAO, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.</p> <p>Cubierta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sala de aislamiento por razones médicas- Diagnóstico y tratamiento especializado tales como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializadas que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado.- Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla. <p>Sangre: sangre, plasma y sus derivados sin limitaciones para incluir sangre irradiada y autóloga, Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|--|--|--|--|--|
| MMM
RELAX
PLATINO
(HMO-SNP) | MMM
VALOR
PLATINO
(HMO-SNP) | MMM
GRANDE
PLATINO
(HMO-SNP) | MMM
BONO
PLATINO
(HMO-SNP) | PMC
PREMIER
PLATINO
(HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> ESTÁ ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) </div>
Hospitalización por Condiciones Mentales	<p>Admisiones: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el Wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la MAO, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible las veinticuatro horas al día), todos los días naturales del año.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
Hospitalización por Trastorno por Abuso de Sustancias	<p>Admisiones: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el Wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la MAO, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible las veinticuatro horas al día), todos los días naturales del año.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
Laboratorio y laboratorios de alta tecnología	<p>Laboratorios clínicos y de alta tecnología* Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0.50 Código de Cubierta 120- \$1.00 Código de Cubierta 130- \$1.50</p> <p>*Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.</p> <p>Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con generar un Certificado de Salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan de Salud del Estado.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|--|--|--|--|--|
| MMM RELAX PLATINO
(HMO-SNP) | MMM VALOR PLATINO
(HMO-SNP) | MMM GRANDE PLATINO
(HMO-SNP) | MMM BONO PLATINO
(HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO
(HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
EPSDT- Menor de 21 años	<p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Los requisitos de EPSDT no están cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Chequeos de EPSDT tienen que incluir todo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historial completo de salud y desarrollo; Evaluación del desarrollo, incluyendo: desarrollo mental, emocional y del comportamiento de la salud conductual; Medidas (incluyendo circunferencia de la cabeza a los infantes); - Evaluación del estado nutricional; Un examen físico completo sin ropa; Vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), las vacunas, en sí son provistas y pagadas por el Departamento de Salud para personas elegibles a Medicaid y CHIP. Algunas pruebas de laboratorio. Orientación preventiva y educación en salud; Examen de la vista; Tuberculosis; Prueba de audición y Evaluación dental y oral. <p>(Tiene que referirse a las guías de CMS para EPSDT y a la política correspondiente de ASES).</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
Servicios de Sala de Emergencias (ER)	<p>Visitas a la Sala de Emergencias Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, por visita Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|--|--|--|--|--|
| MMM RELAX PLATINO
(HMO-SNP) | MMM VALOR PLATINO
(HMO-SNP) | MMM GRANDE PLATINO
(HMO-SNP) | MMM BONO PLATINO
(HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO
(HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Servicios de Sala de Emergencias (ER)	Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, por visita Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110 - \$2 Código de Cubierta 120- \$3 Código de Cubierta 130- \$4 Trauma Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110 - \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios Ambulatorios para Trastorno por Uso de Sustancias	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el Wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la MAO, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible las veinticuatro horas al día), todos los días naturales del año.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110 - \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Todos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y emergencias e intervención en crisis, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días de la semana, no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Visitas Ambulatorias	Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Servicios Pre-Natales Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Cesación de Tabaco	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0 Servicios para cesación de tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y mujeres embarazadas cuando sean médicamente necesarios y recetados por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas, con y sin receta, según indicadas por un médico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios de Maternidad	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|---|---|---|---|---|
| <p>MMM RELAX PLATINO
(HMO-SNP)</p> | <p>MMM VALOR PLATINO
(HMO-SNP)</p> | <p>MMM GRANDE PLATINO
(HMO-SNP)</p> | <p>MMM BONO PLATINO
(HMO-SNP)</p> | <p>PMC PREMIER PLATINO
(HMO-SNP)</p> |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Servicios de Maternidad (continuación)	<p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según certificado por un médico.</p> <p>Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico.</p> <p>Servicios prenatales</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Médico y Quirúrgico	<p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del afiliado al haber completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización.</p> <p>Cirugía ambulatoria</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios de Visión	<p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Servicios de Visión	Espeuelos o lentes para beneficiarios entre las edades de 0-20 años, se cubrirán cuando sea médicamente necesario , el beneficio de espeuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espeuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación y reemplazo de espeuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Exámenes de Audición	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluido en el Plan del Estado. Audífonos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a EPSDT para servicios de audición cubiertos.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Terapia física, ocupacional y del habla	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Cubierto sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del Wrap Around.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Medicamentos Recetados*	<p>Preferidos (Niños (0-20)) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Preferidos (Adultos)** Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$2.00 Código de Cubierta 130- \$3.00</p> <p>No-Preferidos (Niños (0-20)) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>No-Preferidos (Adultos)** Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$3.00 Código de Cubierta 120- \$4.00 Código de Cubierta 130- \$6.00</p> <p>Abuso de sustancias ambulatorio Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p><small>*Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la misma receta.</small></p> <p><small>**Los copagos no aplican a niños de 0 a 20 años de edad inscritos en Medicaid, personas médico-indigentes según el Estado, y niños de 0 a 20 años de edad inscritos en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), en grupos de edad 0-20.</small></p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

<div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> MMM RELAX PLATINO <small>(HMO-SNP)</small> </div>	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> MMM VALOR PLATINO <small>(HMO-SNP)</small> </div>	<div style="background-color: #90EE90; color: black; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> MMM GRANDE PLATINO <small>(HMO-SNP)</small> </div>	<div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> MMM BONO PLATINO <small>(HMO-SNP)</small> </div>	<div style="background-color: #70C040; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> PMC PREMIER PLATINO <small>(HMO-SNP)</small> </div>
<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Medicamentos Recetados*	<p>Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del beneficio de la MAO, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado.</p> <p>El medicamento tiene que aparecer en el formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y tiene que estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. También tiene que cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">- El beneficio de farmacia para todos los planes Medicare Advantage proveerá un año completo de cubierta bajo su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, sujeto a los copagos establecidos en la cubierta Platino como el único pago del bolsillo.- Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan Medicare Advantage están sujetos al proceso de excepción para la posible aprobación de medicamentos no cubiertos. Si se sostiene la denegación durante el proceso de excepción por parte de la MAO, incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto por el Formulario del Plan de Salud del Gobierno, el medicamento será cubierto por el Wrap Around. El médico tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan Medicare Advantage en la categoría de medicamento necesaria.- Para que se consideren los medicamentos del "wrap around", estos tienen que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Todos los Formularios de medicamentos de las MAO deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del Plan de Salud del Gobierno.	Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. \$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	Preventivo (Niño) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

ESTA ES TU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM VALOR PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM GRANDE PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM BONO PLATINO (HMO-SNP)	ESTA ES TU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP)
<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	<p>Preventivo (Adulto) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Restaurativo Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los siguientes son beneficios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años según ordenado por los requisitos de EPSDT; - Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún años de edad; - Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica; <ul style="list-style-type: none"> - Servicios dentales preventivos para adultos; - Servicios dentales restaurativos para adultos; - Un (1) examen oral completo al año; - Un (1) examen periódico cada seis meses; - Un (1) examen oral limitado a un problema definido; - Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres (3) años; - Una (1) radiografía inicial periapical/ intraoral; - Hasta cinco (5) radiografías periapicales/ intraorales adicionales por año; - Una (1) radiografía sencilla de mordida al año; - Una (1) radiografía doble de mordida al año; - Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años; - Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses; 	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|---|---|---|---|---|
| MMM RELAX PLATINO
(HMO-SNP) | MMM VALOR PLATINO
(HMO-SNP) | MMM GRANDE PLATINO
(HMO-SNP) | MMM BONO PLATINO
(HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO
(HMO-SNP) |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	<ul style="list-style-type: none"> - Una (1) limpieza para niño cada seis meses; - Una (1) aplicación tópica de fluoruro cada seis (6) meses para los afiliados menores de diecinueve (19) años de edad; - Selladores de fisura de por vida para los afiliados hasta los catorce (14) años de edad, (incluyendo molares deciduos hasta los ocho (8) años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries); - Restauración de amalgama; - Restauraciones de resina; - Endodoncia ("root canal"); - Tratamiento paliativo; y - Cirugía oral 	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
Servicios Preventivos	<p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110 - \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Servicios de vacunación no cubiertos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parte B de Medicare 2. Formulario de la Parte D de la MAO. 3. Beneficios suplementarios del plan de la MAO. 4. No cubiertos por el Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico pero incluidos en el Plan del Estado. <p>Vacunas</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
Planificación familiar	<p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>- Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|--|--|--|--|--|
| MMM RELAX PLATINO
(HMO-SNP) | MMM VALOR PLATINO
(HMO-SNP) | MMM GRANDE PLATINO
(HMO-SNP) | MMM BONO PLATINO
(HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO
(HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO <small>(HMO-SNP)</small> </div>
Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proporcionan servicios de salud reproductiva y asesoramiento sobre planificación familiar. Estos servicios deben brindarse de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el beneficiario sea menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación de la infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo de inserción/remoción de productos no orales, tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; al menos uno de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA cuando sean Médicamente Necesarios y aprobados a través de PreAutorización o por medio de un proceso de excepción y que el Proveedor de la receta pueda demostrar al menos una de las siguientes situaciones: - Contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que puedan ser utilizados por el afiliado. - Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos. - Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos. 	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
Otros Servicios	<p>Rayos X**</p> <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0.50 Código de Cubierta 120- \$1.00 Código de Cubierta 130- \$1.50</p> <p>Pruebas Diagnósticas Especiales**</p> <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|--|--|--|--|--|
| MMM RELAX PLATINO
(HMO-SNP) | MMM VALOR PLATINO
(HMO-SNP) | MMM GRANDE PLATINO
(HMO-SNP) | MMM BONO PLATINO
(HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO
(HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	ESTA ES TU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)
Otros Servicios	Terapia Respiratoria Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Cuidado de Salud Infantil Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0 Examen Físico Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Cubierta Especial Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 <small>** Solo aplica a Pruebas Diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un tratamiento preventivo.</small>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

| ESTA ES TU CUBIERTA |
|--|--|--|--|--|
| MMM
RELAX
PLATINO
(HMO-SNP) | MMM
VALOR
PLATINO
(HMO-SNP) | MMM
GRANDE
PLATINO
(HMO-SNP) | MMM
BONO
PLATINO
(HMO-SNP) | PMC
PREMIER
PLATINO
(HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del "Wrap Around".

Los servicios en el "Wrap" Platino están sujetos a los copagos máximos en la tabla con excepciones y cero copagos para beneficiarios de Medicaid / CHIP y algunos servicios, a continuación:

Beneficiarios de Medicaid / CHIP

- Niños desde 0 a menos de 21 años de edad;
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el periodo de 60 días posparto);
- Los nativos americanos y nativos de Alaska (AI/AN);
- Las personas hospitalizadas; y
- Las personas que reciben cuidados de hospicio.

Servicios

- Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, de hospital y servicios de posestabilización, según definidos en las regulaciones federales 1932 (b)(2) del Acta y 42 CFR 438.114 (a);
- Servicios de planificación familiar y suministros;
- Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad;
- Servicios relacionados con el embarazo y medicamentos para dejar de fumar;
- Servicios preventivos ofrecidos por el proveedor como se definen en 42 CFR 447.26 (b); y
- Visita no de emergencia a la sala de emergencias de un hospital puede eximirse del pago llamando al centro de llamadas del MCO para recibir un código que le exima del copago.

1. La tabla del "Wrap around" está sujeta a cambios en 01/01/2022.

BENEFICIOS

MÁS ALLÁ

DE MEDICARE ORIGINAL





NUEVO

INNOVAMOS BRINDARTE

Garantizamos que estés seguro en tu hogar o en cualquier parte del camino con este nuevo beneficio que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¡Hasta 8 servicios al año en cada categoría!

Llegamos hasta tu hogar^{1,2} para ayudarte con:



Plomería

Destape de tuberías sanitarias.



Cerrajería

Reestablecer acceso a residencia.



Electricidad

Cambio de "breakers" a causa de corto circuito.

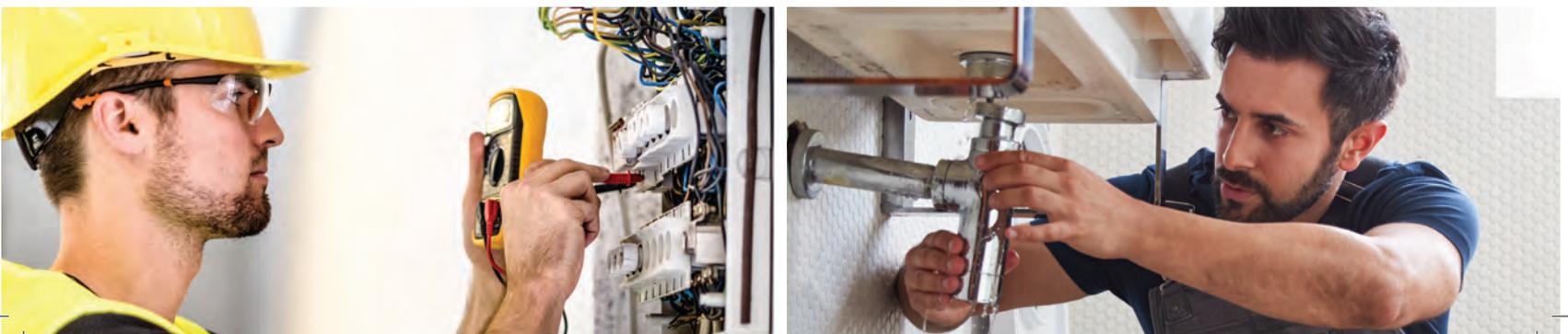


Cristalería

Puertas / ventanas exterior de residencia.

Servicios serán provistos en hasta 4 días laborables a partir de solicitud. Emergencias podrían ser atendidas en 24 horas.

1. Los 8 servicios en el hogar están cubiertos hasta un tope de \$200 cada uno.



PARA SEGURIDAD



ASISTENCIA



**Servicios al
año en cada
categoría.**

**En la carretera,²
proveemos:**



Servicio de grúa



Cerrajería



**Cambio de
goma por goma
de repuesto**



**Suministro de
gasolina (hasta
2 galones)**



Recarga de batería

Para solicitar el servicio, llama al:

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

1-866-333-5469
TTY (audio impedidos)

2. Reglas de autorización pueden aplicar. Límites y restricciones pueden existir.



ESTAMOS AL ALCANCE DE TU MANO



APLICACIÓN
MÓVIL

Con **MMM Aplicación Móvil**,
estarás al día con tu salud! Es
segura, eficiente y fácil de utilizar.

Podrás ver tu información y
participar en tu cuidado médico.

- Estado de preautorizaciones
- Imagen de tu tarjeta
- Reconciliación de medicamentos
- Directorio de proveedores
- Ver catálogo y hacer órdenes OTC
- MMM Alerta

...¡y mucho más!



TE DAMOS RAZONES PARA SONREÍR



COASEGURO

**EN
TODOS LOS SERVICIOS
DE DENTAL
COMPRESIVO**

Beneficio	MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)	MMM Grande Platino (HMO-SNP)	MMM Bono Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
Dental Comprensivo	\$5,000 anual	\$2,500 anual	\$1,500 anual	\$2,000 anual	\$500 anual	\$3,000 anual
	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro

Los servicios de restauración y prostodoncia incluyen:



- Coronas en cerámica, el material que más se parece a tus dientes naturales
- Puentes fijos
- Servicios de implantes
- Cirugía maxilofacial
- Frenectomía
- Dentaduras completas o parciales en base de resina
- Dentaduras parciales en base flexible



OTC A TU PUERTA



Pide tus artículos y medicamentos, que te los entregamos en tu casa.

¡Es tan fácil como decir 1-2-3!

ESCOGE, ORDENA Y RECIBE



Escoge los artículos del **CATÁLOGO** desde tu hogar, o en nuestra **APLICACIÓN MÓVIL MMM**, donde podrás ver la gran variedad de artículos cubiertos.



Ordena directo desde la **APLICACIÓN MÓVIL MMM**. ¡Es la opción más rápida y sencilla! o llamando al **1-833-333-0043** (libre de cargos) o al **1-866-333-5469** TTY (audio impedidos)



Recibe los artículos y medicamentos que seleccionaste, llegarán **DIRECTO A TU HOGAR.**



También puedes visitar tu **FARMACIA FAVORITA DE LA RED** para obtener tus productos OTC.

Beneficio	MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)	MMM Grande Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
OTC	\$400 anual \$100 cada 3 meses	\$240 anual \$60 cada 3 meses	\$400 anual \$100 cada 3 meses	\$200 anual \$50 cada 3 meses	\$2,400 anual \$200 mensuales

MÁS EN

OTC

Las marcas que conoces

- ✓ Glucerna y Ensure
- ✓ Vicks VapoRub
- ✓ Pasta Sensodyne
- ✓ Tylenol

Otros artículos disponibles

- ✓ Alcohol 70%
- ✓ Mascarillas Desechables
- ✓ Hand Sanitizer
- ✓ Vitamina C
- ✓ Repelente de Mosquitos



¡Te damos mucho para escoger!

Además de tus marcas OTC favoritas, ahora incluimos alternativas homeopáticas y artículos para la seguridad en el hogar y en el baño.



RECETA A TU PUERTA

Para facilitar el acceso a tus tratamientos, cubrimos el costo de entrega de medicamentos a tu hogar. ¡Te evitamos las filas y el tiempo de espera!



Más de 500 farmacias participantes, ibúscalas en www.mmmpr.com!

MEDICAMENTOS RECETADOS



TU PLAN TE CUBRE MEDICAMENTOS EN UNA ESTRUCTURA DE UN NIVEL:

BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-POS)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)
MMM Grande Platino (HMO-SNP)	MMM Bono Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2022. 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.



FLEXI CARD

1234 4567 7890 1234

AFILIADO SALUDABLE

VALID 01/21



¡La tarjeta Flexi Card te ayuda a pagar más!

Úsala para pagar:



Alimentos preparados



Entretenimiento



Alimentos y provisiones en supermercados



Copagos y coaseguros



Gasolina

La tarjeta que te regala **CONVENIENCIA**

AHORA PUEDES PAGAR:



ARTÍCULOS DE FERRETERÍA



ARTÍCULOS PARA CUIDADO DE MASCOTAS



ARTÍCULOS DE JARDINERÍA

Mira cuánto tienes cada mes según tu cubierta:

Beneficio	MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Bono Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
Flexi Card	\$1,080 ANUALES (\$90 MENSUALES)	\$900 ANUALES (\$75 MENSUALES)	\$2,700 ANUALES (\$225 MENSUALES)	\$600 ANUALES (\$50 MENSUALES)

*Reglas de autorización pueden aplicar. Límites y restricciones pueden existir.



TRANSPORTACIÓN

Te llevamos a tus citas médicas a tiempo, cómodo y seguro

Debes solicitar el servicio 5 días antes de la cita llamando al:

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

1-866-333-5469 TTY (audio impedidos)

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

Beneficio	MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)	MMM Grande Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
Viajes de una vía	Ilimitados	Ilimitados	Ilimitados	12	24



VISIÓN

En MMM, todas las cubiertas incluyen cuidado de visión y libre selección de:

- Lentes regulares, bifocales, trifocales o de transición
- Tratamientos antirreflectivos y anti-rayazos
- Reparación de espejuelos
- Monturas
- Lentes de contacto

Beneficio	MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)	MMM Grande Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
Espejuelos	\$825 ANUALES	\$600 ANUALES	\$450 ANUALES	\$200 ANUALES	\$600 ANUALES



UNIDAD
DORADA

Atención exclusiva para afiliados hospitalizados.

Además de contar con personal de MMM para ayudarte con trámites durante tu estadía, te ofrecemos:



Coordinación
de citas
posalta



Medicamentos
en mano al salir
del hospital



Salón para familiares
y cuidadores
con televisión, revistas, café,
e internet gratis



Hospitales Participantes:

- Bayamón Medical Center
- HIMA San Pablo Caguas
- Mayagüez Medical Center
- Hospital Episcopal San Lucas Ponce
- Hospital Pavía Santurce
- Manatí Medical Center



CENTRO DE URGENCIA

Los Centros de Urgencia son la alternativa a las Salas de Emergencia. Tenemos alrededor de 70 centros disponibles para ti.

Busca ayuda si tienes:

- Tos/gripe
- Dolor abdominal leve o moderado
- Dolor de oído o de cabeza
- Erupción en la piel y reacciones alérgicas
- Mareos leves
- Quemaduras leves
- Indigestión
- Otros tipos de malestar general que no pongan en riesgo tu vida



COPAGO
en todos
los servicios



Si estás por Florida central, ¡también estás cubierto!

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

Allí, podrás tener 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 records médicos para lograr cuidado coordinado.



¡NUEVO!

CUIDAR TU
NUTRICIÓN ES IMPORTANTE



COPAGO

en
NUTRICIONISTAS*
Hasta 6 visitas
anuales

*Dentro de la red de MMM



TE BRINDAMOS MÁS
PARA **MANTENERTE**
SALUDABLE.

Ahora cubrimos servicios de naturopatía,
para lograr tu bienestar integral.



COPAGO

en
NATURÓPATAS*
Hasta 12 visitas
anuales

*Dentro de la red de MMM

Suplementos homeopáticos están cubiertos**

**Beneficio compartido. Ver sección de Artículos Fuera del Recetario (OTC, por sus siglas en inglés) en la tabla de Resumen de Beneficios para más detalles.

CLÍNICAS DE PARA NUESTROS

TUS ESPECIALISTAS* ESTÁN



ESPECIALISTAS AFILIADOS

EN UN MISMO LUGAR

- Cardiología
- Endocrinología
- Neumología
- Neurología
- Urología
- Psicología
- Dermatología
- Gastroenterología
- ...iy mucho más!



COPAGO
EN TODOS
LOS SERVICIOS



Coordina tus servicios
contactándonos al:
787-523-2458

CoordinaTuCita@mmmhc.com

Servicios pueden variar en cada clínica.
*Otros proveedores están disponibles en nuestra red.

OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB

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



Área Metro

Carolina

Paseo del Prado
Shopping Center
Carr. 3, km 8.4
Barrio Martín González
Carolina, PR 00985
787-622-3000 ext. 1950
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. 1974
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. 8100
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. 1922
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Hatillo

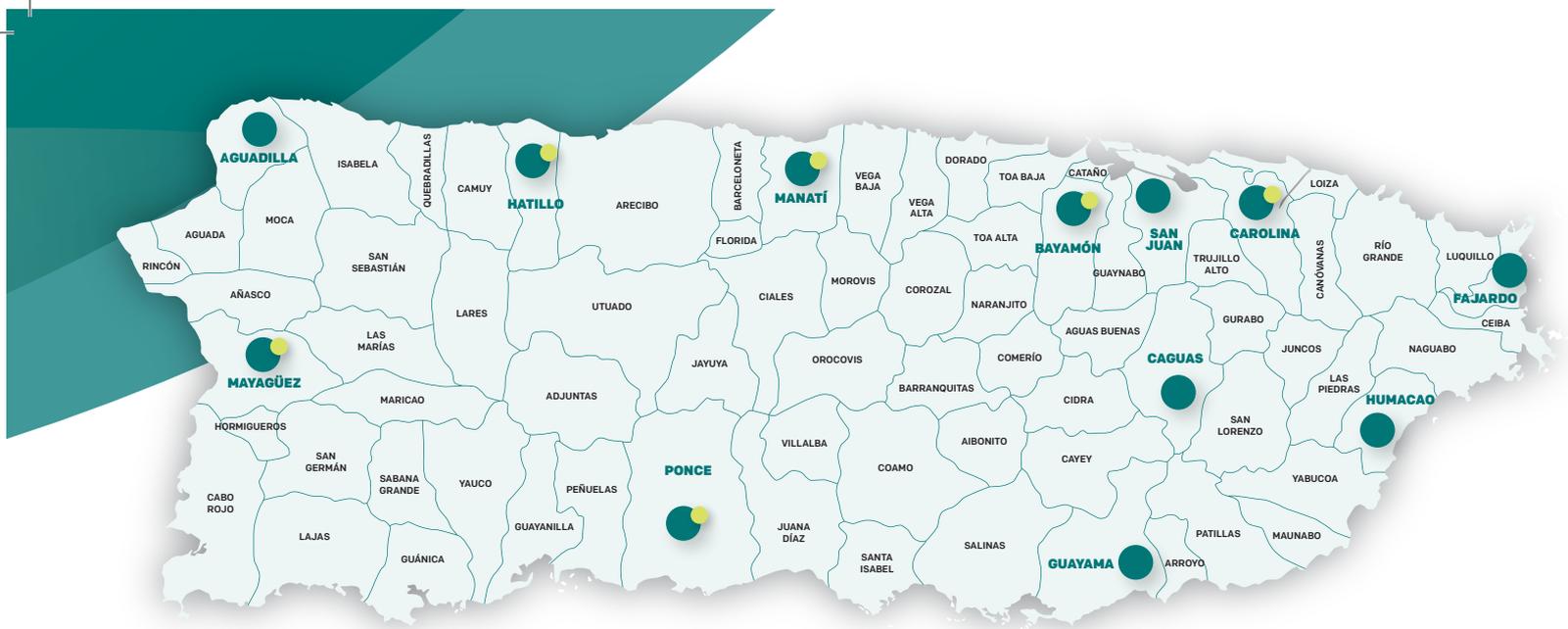
Edif. Galería del Norte II,
Suite 201
Carr. 2 km 81.6
Hatillo, PR 00659
787-622-3000 ext. 8051
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Manatí

El Trigal Plaza
Carr. 2 km 4.8 (Esquina) Rd. 149
Bo. Cotto Norte
Manatí, PR 00674
787-622-3000 ext. 1900
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. 1400
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. 1850
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. 1890
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. 1860
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. 1980
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. 1960
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 por 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 tener 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 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 TELÉFONO INTELIGENTE

MMM HEALTHCARE, LLC (MMM)

Los beneficios de nuestra nueva tarjeta cubren a 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 y MMM Asistencia, calificas para aprovechar sus ventajas.

- **Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga**
- **Desórdenes autoinmunes limitados a:**
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimiositis
 - Lupus sistémico eritematoso
 - Polimialgia reumática
 - Artritis reumatoide
- **Cáncer** (excepto condiciones precancerosas o carcinoma *in-situ* que no se ha extendido)
- **Desórdenes cardiovasculares limitados a:**
 - Arritmia cardiaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Desorden tromboembólico venoso crónico
- **Fallo cardíaco 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



LISTA DE REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA MMM FLEXI CARD, MMM ASISTENCIA Y TELÉFONO INTELIGENTE

MMM HEALTHCARE, LLC (MMM)

- **VIH/SIDA**
- **Desórdenes pulmonares crónicos, limitados a:**
 - Asma
 - Enfisema
 - Hipertensión pulmonar
 - Bronquitis crónica
 - Fibrosis pulmonar
- **Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental, limitadas a:**
 - Desórdenes de bipolaridad
 - Esquizofrenia
 - Desórdenes de depresión mayor
 - Trastorno esquizoafectivo
 - Paranoia
- **Desórdenes neurológicos limitados a:**
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Epilepsia
 - Parálisis extensiva (como hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con derrame cerebral
- **Derrame Cerebral**



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 costo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos).

Entendiendo los beneficios

- Revise la lista completa de los beneficios encontrados en la Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente aquellos servicios por los que usted ve al médico rutinariamente. Visite www.mmmpr.com o llame al 1-866-333-5470 (libre de costo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), para obtener una copia del 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.

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/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- 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 PPO

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 atenderlo. Excepto en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden rechazar atenderlo. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.



• **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 atenderlo. Excepto en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden rechazar atenderlo. 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 forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC:

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

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

Si considera que MMM Healthcare, LLC, no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al Departamento de Apelaciones y Querellas. Puede presentar el reclamo en persona, por teléfono, o por correo postal, fax o correo electrónico:

1-866-333-5470 (libre de cargos), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos)

MMM Healthcare, LLC
Apelaciones y Querellas
PO BOX 71114 San Juan, PR 00936-8014
Fax: 787-622-0485
mmm@mmmhc.com

Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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 reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Chinese (繁體中文): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469)。

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog – Filipino (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-333-5470 (телетайп: 1-866-333-5469).

Arabic (عربي): يـالـمـجـانـ لـكـ تـوافـرـ الـلـغـويـةـ الـمـسـاعـدـةـ خـدـمـاتـ فـيـ إنـ الـلـغـة، اذكـرـ تـ تـحـدـثـ كـ نـتـ إذا :مـلـحـوظـة 1-866-333-5470 بـ رـقـمـ اتـ صـل 1-866-333-5469 بـوالـ بـكـمـ الـ صـمـ هـلـتـ فـ رـقـمـ).

French Creole (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou langki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

French (Français): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-333-5470 (ATS: 1-866-333-5469).

Polish (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Portuguese (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Italian (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Japanese (日本語): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469) まで、お電話にてご連絡ください。

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469) पर कॉल करें।

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-333-5470 (телетайп: 1-866-333-5469).

Catalan (Català): ATENCIÓ: Si parleu Català, teniu disponible un servei d'ajuda lingüística sense cap càrrec. Truqueu al 1-866-333-5470 (TTY o teletip: 1-866-333-5469).

¿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.



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

1-866-333-5469
TTY (audio impedidos)

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

REPRESENTANTE DE VENTAS:

TELÉFONO: _____

CUBIERTA: _____

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO D-SNP con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
Y0049_2022 1099 0002 2_M

www.mmmpr.com