



OPCIONES DE PLANES

MEDICARE ADVANTAGE

2021





EN 2021, MMM CUIDA TÚ SALUD Y TU BOLSILLO

Te gustará saber todo lo que hemos preparado para ti. En este folleto, te presentamos un resumen de tus beneficios, de manera que puedas comparar opciones, e información importante sobre tus ventajas como afiliado de MMM. Esta información no es una descripción completa de tus beneficios. Para más detalles sobre tus beneficios y criterios de elegibilidad, refiérete a tu Evidencia de Cubierta.

Llama al Departamento de Servicios al Afiliado si tienes cualquier pregunta sobre tu plan o beneficios. Estamos a tu orden a través del 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.

CONTENIDO

- 3 MMM CUIDA TU SALUD Y TU BOLSILLO
- 5 CONOCE TU TIPO DE CUBIERTA
- 7 CONOCE DEFINICIONES COMUNES EN EL PLAN
- 9 TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS
- 37 TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM
- 38 BENEFICIOS MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL
- 53 ENTENDIENDO EL PROGRAMA MEDICARE
- 55 OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB
- 57 PERÍODOS DE AFILIACIÓN



MMM

TU SALUD

**Desde el principio,
nos tomamos en
serio tu salud**

**Por 20 años, nuestra
mayor satisfacción
ha sido trabajar para
asegurar tu bienestar,
a través de la
prevención efectiva
y un servicio de calidad
en todos los aspectos.**

CUIDA Y TU BOLSILLO

Fuimos pioneros en la industria en Puerto Rico y nos mantenemos en un crecimiento continuo gracias a miles de afiliados que, como tú, han confiado en nosotros.

Creemos en brindarte las ventajas que contribuyan a un mejor estilo de vida. Por eso, nuestros programas están diseñados para que te sientas bien y para que disfrutes cada día, creando el equilibrio entre tu salud física y mental. Para nosotros, el cuidado coordinado de tu salud incluye todo un equipo de médicos, servicios auxiliares, dedicados empleados, y tú, que eres la razón de ser de nuestra labor. Tú nos inspiras a mejorar a través de cada iniciativa que desarrollamos.

Ten la seguridad de que, cada día, haremos el mejor esfuerzo para que sigas recibiendo MÁS. Gracias por permitirnos seguir caminando juntos.

CONOCE TU TIPO

LAS INICIALES AL LADO DEL NOMBRE DE TU CUBIERTA INDICAN EL TIPO DE PLAN QUE TIENES.

HMO:

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

Este tipo de plan te provee servicios a través de doctores, hospitales y otros proveedores contratados por el plan. Para poder coordinar tu cuidado, tienes que seleccionar un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés). Por lo general, en los planes tipo "HMO" se necesita un referido de tu médico primario para recibir servicios de otros proveedores de la red. Sin embargo, algunos de nuestros planes HMO no requieren referidos. Podrás visitar un proveedor fuera de la red siempre y cuando sea un caso de emergencia, una urgencia, o un servicio de diálisis renal mientras estás fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores de la red no están disponibles.

HMO-POS:

Point-of-Service Option (Opción de Punto de Servicio)

Los planes "POS" te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de hasta \$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 Cubierto más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red.

DE CUBIERTA

HMO-SNP:

Special Needs Plan (Plan de Necesidades Especiales)

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

MMM ofrece dos tipos de planes de necesidades especiales:

- **Condiciones Crónicas (Chronic Special Needs (C-SNP))** - para personas que tienen condiciones crónicas específicas. Las condiciones crónicas establecidas en nuestro plan son: diabetes, fallo cardíaco crónico y condiciones cardiovasculares.
- **Elegibilidad Dual (Dual Special Needs (D-SNP))** - nuestro plan tiene un contrato con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para ofrecer un plan de Elegibilidad Dual, también conocido como el Programa Medicare Platino. El nuestro es para personas elegibles a ambos Medicare y Medicaid.

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

1-866-333-5470 (libre de cargos) / **1-866-333-5469** (TTY)

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

CONOCE DEFINICIONES COMUNES EN EL PLAN



CHEQUEO MÉDICO ANUAL

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



COASEGURO

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



COPAGO

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



COSTO MÁXIMO DE SU 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 adicionales. Este tope no incluye tus costos por medicamentos recetados.



DEDUCIBLE

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



FARMACIA DE LA RED

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



LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (FORMULARIO O "LISTA DE MEDICAMENTOS")

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



PREAUTORIZACIÓN

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.

TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS

RESUMEN DE BENEFICIOS

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una "Evidencia de Cubierta".
- 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.
- O, puedes visitar nuestra página de Internet en: www.mmmpr.com.

¿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.



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.

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.mmmp.com), o si deseas una copia impresa, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a:

- MMM Elite (HMO-POS),
 - MMM Dinámico (HMO-POS),
 - MMM Extra (HMO-POS),
 - PMC Max (HMO-POS),
 - MMM Supremo (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 tienen un beneficio de servicio fuera de la red: 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$5,000. Requiere preautorización.

RESUMEN DE BENEFICIOS



PRIMA Y BENEFICIOS	<div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px; text-align: right;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> MMM ELITE (HMO-POS)
Prima mensual del plan	\$0
Reducción a la prima de la Parte B	No aplica
Deducible Estos planes no tienen deducible.	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red y fuera de la red.	\$3,250
Cuidado hospitalario^{1,2} Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No paga nada • No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital^{1,2}	\$25 de copago
Visitas a la oficina del médico² <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de Cuidado Primario • Especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada

PLANES HMO-POS

 ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
\$0	\$0	\$0
No aplica	No aplica	No aplica
No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250
<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$10 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$25 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$25 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago
\$50 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$3 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: \$5 de copago • Red General: \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$5 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS



ESTA ES SU CUBIERTA

MMM ELITE
(HMO-POS)

Cuidado preventivo^{1,2}

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

No paga nada

Cuidado de emergencia

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

- **\$50** de copago
- Cubierto mundial: **\$100** de copago

Cuidado necesario de urgencia

- **No paga nada**
- Cubierto mundial: **\$100** de copago

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

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

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

Servicios de audición^{1,2}




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

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

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

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

PLANES HMO-POS

 ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • \$40-\$50 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$30-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$15-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,250 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • No paga nada • No paga nada • \$5 de copago <p>Hasta \$200 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS



ESTA ES SU CUBIERTA

MMM ELITE
(HMO-POS)

Servicios dentales¹

- Servicios preventivos²
- Poste y reconstrucción de muñon y/o corona individual*
- Prostodoncia
 - Removable*
 - Puente fijo*
 - Implantes*

*Ciertos límites y restricciones aplican. 50% de coaseguro aplica fuera de la red. Requiere preautorización.

Servicios de visión^{1,2}

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

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

Cuidado de salud mental^{1,2}

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

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

• **No paga nada**

• **No paga nada**

• **No paga nada**

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

• **No paga nada**

• **No paga nada**

• **No paga nada**




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

• **\$50** de copago

• **No paga nada**

• **No paga nada**

PLANES HMO-POS

 ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • 33% del costo • 33% del costo <p>Hasta \$500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$400 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$200 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$350 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$5 de copago • \$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$5 de copago • \$5 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS



PRIMA Y BENEFICIOS



ESTA ES SU CUBIERTA

MMM ELITE
(HMO-POS)

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

Hasta 100 días en un SNF.

No paga nada

Terapia física^{1,2}

\$4 de copago

Ambulancia^{1,2}

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No paga nada

Transportación suplementaria¹

No paga nada

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

PLANES HMO-POS




<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$4 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago
No paga nada	No paga nada	No paga nada
No paga nada Hasta 4 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.	No paga nada Hasta 4 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.	No paga nada Hasta 16 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.

RESUMEN DE BENEFICIOS



PRIMA Y BENEFICIOS	<div style="background-color: #4a7c8c; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> MMM ELITE (HMO-POS)
Medicamentos de la Parte B de Medicare^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 0%-10% del costo
Centros de cirugía ambulatoria^{1,2}	<p>No paga nada</p>
Cuidado del pie (servicios de podiatría) ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios <p>Estos planes cubren hasta una visita rutinaria para servicios de podiatría suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
Equipo médico duradero/ Suministros médicos^{1,2} <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 • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada

PLANES HMO-POS

 ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • 8% del costo • 0%-20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 0%-20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 0%-10% del costo
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 5%-20% del costo • 10% del costo • 10% del costo • 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



PRIMA Y BENEFICIOS

Programas de bienestar ²

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

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

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

Si su plan cubre OTC, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios



ESTA ES SU CUBIERTA

MMM ELITE
(HMO-POS)

No paga nada

No paga nada

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

• No paga nada

• No paga nada

Hasta \$1,000 anuales para hasta 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

PLANES HMO-POS

<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$40 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No cubierto</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$150 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para hasta 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para hasta 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • No cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS

ESTA ES SU CUBIERTA

MMM ELITE
(HMO-POS)

Acupuntura^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

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

Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

Ayuda con Algunas Condiciones Crónicas

- Visitas a especialistas (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo y nefrólogo).
- Servicios de Salud Mental
- Servicios de Otros Profesionales de la Salud
- Telehealth: Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: Endocrinólogo, Neumólogo, Cardiólogo, entre otros.




\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE

Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE tiene que haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:

1. Diabetes Mellitus
2. Insuficiencia Cardíaca Crónica
3. Desórdenes Cardiovasculares
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)

Por favor, contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.

PLANES HMO-POS

 ESTA ES SU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	 ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none">• \$10 de copago• \$10 de copago Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.	<ul style="list-style-type: none">• \$10 de copago• No cubierto	<ul style="list-style-type: none">• \$5 de copago• No cubierto
\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE	\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE	\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE

RESUMEN DE BENEFICIOS

MMM ELITE - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,130)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,550)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,550)	5% del costo o \$3.70 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

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 llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta 4 pastillas al mes.

MMM DINÁMICO - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,130)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$16 de copago	\$32 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,550)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,550)	5% del costo o \$3.70 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

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 llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

RESUMEN DE BENEFICIOS

MMM EXTRA - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,130)	Genérico Preferido	\$2 de copago	\$4 de copago
	Genérico	\$5 de copago	\$10 de copago
	Marca Preferida	\$30 de copago	\$60 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$50 de copago	\$100 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,550)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$2 de copago	\$4 de copago
	Genérico	\$5 de copago	\$10 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,550)	5% del costo o \$3.70 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

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 llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

PMC MAX - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,130)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$12 de copago	\$24 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,550)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,550)	5% del costo o \$3.70 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

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 llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$8 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta 4 pastillas al mes.

RESUMEN DE BENEFICIOS

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
Prima mensual del plan	\$0
Reducción a la prima de la Parte B	\$25 mensual
Deducible Este plan no tiene deducible.	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red.	\$3,250
Cuidado Hospitalario¹ Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none">• Red Preferida: No paga nada No paga nada en Unidad Dorada• Red General: \$50 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital¹	\$25 de copago
Visitas a la oficina del médico <ul style="list-style-type: none">• Proveedor de Cuidado Primario• Especialistas	<ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS	<div style="text-align: right;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Cuidado preventivo¹</p> <p>Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.</p>	<p>No paga nada</p>
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Si usted es admitido al hospital el mismo día por la misma condición, usted no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago
<p>Cuidado urgentemente necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
<p>Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS



ESTA ES SU CUBIERTA

MMM SUPREMO (HMO-SNP)

Servicios de audición¹

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

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

• **No paga nada**

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

Hasta \$300 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales¹

- Servicios preventivos
- Poste y reconstrucción de muñon y/o corona individual*
- Prostodoncia
 - Removable*
 - Puente fijo*
 - Implantes*

*Ciertos límites y restricciones aplican.

• **No paga nada**

• **No paga nada**

• **No paga nada**

Hasta \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos ni diagnósticos.

Servicios de visión¹

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

Un examen rutinario de visión suplementario por año.


• **No paga nada**

• **No paga nada**

• **No paga nada**


Hasta \$400 por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Cuidado de salud mental¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario • Visita de terapia grupal ambulatoria • Visita de terapia individual ambulatoria <p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida. Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$7 de copago • \$7 de copago
<p>Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)¹</p> <p>Hasta 100 días en un SNF.</p>	<p>No paga nada</p>
<p>Terapia física¹</p>	<p>\$4 de copago</p>
<p>Ambulancia¹</p> <p>Autorización requerida, excepto para emergencias.</p>	<p>No paga nada</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
Transportación suplementaria ¹	No paga nada Hasta 16 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo • 0%-20% del costo
Centros de cirugía ambulatoria ¹	No paga nada
Cuidado del pie (servicios de podiatría) ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios de podiatría <p>Hasta seis visitas rutinarias para servicios de podiatría suplementarios al año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
Equipo médico duradero/ Suministros médicos ¹ <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 • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS

ESTA ES SU CUBIERTA

MMM SUPREMO (HMO-SNP)

Programas de bienestar

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

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

No paga nada

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

Si su plan cubre OTC, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.

No paga nada

Hasta \$80 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

Cuidado quiropráctico¹

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

- \$7 de copago
- \$7 de copago

Hasta \$750 anuales para hasta 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

RESUMEN DE BENEFICIOS

MMM SUPREMO

PRIMA Y BENEFICIOS

Acupuntura¹

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

Ayuda con Algunas Condiciones Crónicas

- Visitas a especialistas (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo y nefrólogo).
- Servicios de Salud Mental
- Servicios de Otros Profesionales de la Salud
- Telehealth: Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: Endocrinólogo, Neumólogo, Cardiólogo, entre otros.

Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE tiene que haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:

1. Diabetes Mellitus
2. Insuficiencia Cardíaca Crónica
3. Desórdenes Cardiovasculares
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)

Por favor, contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.

ESTA ES SU CUBIERTA

MMM SUPREMO (HMO-SNP)

- **\$7** de copago
- **No cubierto**

\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE

MMM SUPREMO – MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,130)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos de Marca No Preferida	\$25 de copago	\$50 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,550)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago
Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,550)	5% del costo o \$3.70 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

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 llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

- Genéricos preferidos
- Genéricos
- Marca preferida
- Marca no preferida
- Medicamentos Especializados



La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta, se explican en el Formulario de Medicamentos para el 2021.

En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

Beneficios	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
Genérico preferido	\$0	\$0	\$2	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$0	\$5	\$0	\$0
Marca preferida	\$0	\$10	\$30	\$8	\$0
Marca No Preferida	\$0	\$16	\$50	\$12	\$25
Medicamentos Especializados	25%	33%	25%	25%	25%
Insulinas Selectas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	4 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto	4 pastillas al mes	No Cubierto

BENEFICIOS

MÁS ALLÁ

DE MEDICARE ORIGINAL





MUCHO MÁS QUE LA COMPRA:
Tu **NUEVA** tarjeta
de débito

MMM Flexi Card

La nueva tarjeta de débito de MMM te brinda la facilidad y flexibilidad que quieres para ayudarte a pagar:



Comidas preparadas



Alimentos y provisiones en el supermercado



Artículos OTC
(además de los que tienes en tu cubierta)



Gasolina



Productos de limpieza



Entradas para eventos de entretenimiento,
como conciertos y películas

Además te ayuda a pagar:

- La hipoteca o renta de tu casa
- Agua, luz y teléfono
- Copagos/coaseguros con tu plan (Visitas a laboratorio, CT Scan, MRI, etc...)



BENEFICIO POR CUBIERTA

BENEFICIO POR CUBIERTA	
MMM Dinámico (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
\$50 mensual	\$40 mensual

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

A close-up photograph of a person's hands withdrawing cash from an ATM. The person is wearing a maroon short-sleeved shirt and a silver metal watch on their left wrist. The ATM is blue and grey, with a screen displaying instructions in Spanish: "REMOVA SU TARJETA", "POR FAVOR ESPERE UN MOMENTO", and "NO SE ACEPTAN MONEDAS". The person is holding a stack of US dollar bills. The background is slightly blurred, showing the ATM's keypad and other components.

PROGRAMA DE DINERO EN EFECTIVO O REEMBOLSO

MMM Flexi Card

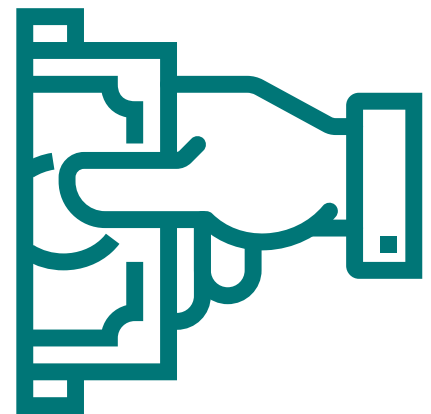
PROGRAMA DE DINERO EN EFECTIVO O REEMBOLSO

**Con MMM Extra (HMO-POS):
Tú eres elegible para hasta \$75 por mes para
ayuda a través de una tarjeta de débito, mientras
estés activo/a en el plan.**

Podrás retirar efectivo de cualquier cajero automático o podrás utilizar la tarjeta de débito para los siguientes servicios:

- Comida preparada
- Comida y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades (pago de agua, luz y teléfono)
- Vivienda (pago de hipoteca/renta)
- Artículos adicionales de OTC
- Copagos y/o coaseguro

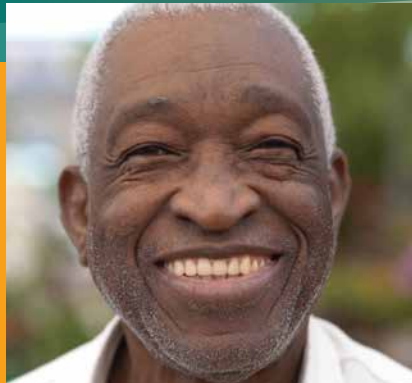
\$0 COPAGO



Los afiliados que opten por recibir este beneficio suplementario pueden tener repercusiones tributarias ya que estas cantidades podrían estar sujetas a impuestos sobre ingresos. MMM Healthcare, LLC proporcionará información actualizada sobre informes de ingresos a todos los afiliados, según aplique.

Si desea rechazar este beneficio suplementario o si tiene preguntas sobre este beneficio, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) para información adicional. (Usuarios de TTY pueden llamar a; 1-866-333-5469). El horario es lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

RÍE DE VERDAD



CON **MÁS** BENEFICIOS DE SALUD DENTAL

Estamos a la vanguardia con beneficios realmente completos, accesibles y que se adaptan a tus necesidades, para dientes naturales o dentaduras postizas, para que sonrías más, comas mejor y hables todo lo que quieras.

Ahora, tu monto total por cubierta te incluye trabajos de restauración y prostodoncia:

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



Además, en el 2021:

Tu aportación máxima por servicios dentales comprensivos suplementarios será:

BENEFICIO POR CUBIERTA				
MMM Elite (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
5,000 anuales	1,000 anuales	500 anuales	1,500 anuales	1,500 anuales
0% coaseguro	0% coaseguro	33% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro

Reglas de autorización pueden aplicar.



Tu cubierta con MMM no solo te da acceso a artículos y medicamentos fuera del recetario, isino que te las entregamos en tu casa o en tu farmacia preferida dentro de la red!

ESCOGE, ORDENA Y RECIBE:



Por teléfono - Escoge los artículos del catálogo y llámanos al **1-833-333-0043** (libre de cargos), **1-866-333-5469** TTY (audio impedidos) para hacer tu orden. Un mensajero o el correo te hará entrega de tu pedido dentro de cinco días laborables.



En la farmacia - Busca los que necesites en el catálogo y recoge directamente en la farmacia.



Aplicación Móvil MMM - Tienes un extenso catálogo con una gran cantidad de artículos. Simplemente selecciona los artículos que desees.

BENEFICIO POR CUBIERTA			
MMM Elite (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
\$90 cada 3 meses	\$40 cada 3 meses	\$150 mensual	\$80 cada 3 meses

LOS ARTÍCULOS Y MEDICAMENTOS OTC QUE REALMENTE QUIERES CONSEGUIR, ESTÁN AQUÍ.

■ Evita el contagio de enfermedades, como COVID-19

- Protector de plástico para el rostro (*Face shield*)
- Toallitas desechables multiuso con alcohol al 75%
- Mascarillas
- Guantes

■ Las marcas que conoces, disponibles en el 2021:

- Voltaren®
- Emergen-C®
- Sensodyne®
- Tums®
- Robitussin®
- Ecotrin®
- Advil Migraine®
- Theraflu®
- Eucerin®

■ Tus suplementos nutricionales favoritos

- Ensure®
- Glucerna®



¡OTC CON MMM, CADA AÑO SE PONE MEJOR!

MEDICAMENTOS RECETADOS

iMMM te cuida!

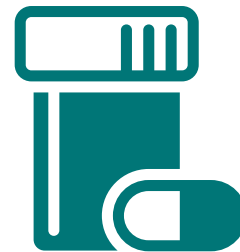
Para apoyarte, **cubrimos el costo de entrega** a tu hogar de medicamentos, incluyendo los de mantenimiento.

Busca la lista de las más de **1,000 farmacias** participantes en www.mmmpr.com

Para más información sobre este y otros servicios, comunícate 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.



MEDICAMENTOS RECETADOS



\$0
copago

MEDICAMENTOS DE MARCA

BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Elite (HMO-POS)	Nivel 3 y 4
MMM Supremo (HMO-POS)	Nivel 3

\$0
copago

INSULINAS

BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Elite (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)
MMM Dinámico (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
MMM Extra (HMO-POS)	

MÁS buenas noticias

Ahora, los pacientes diabéticos en todas nuestras cubiertas no pagan nada por insulina cuando lleguen a su etapa de Brecha de Cubierta durante el año póliza.

ALIMENTOS A TU HOGAR



FRESH
On-the-go



A TU MESA

Un beneficio muy conveniente por la calidad, variedad y frescura que entregamos en cada hogar, con una gran selección de alimentos saludables directo a tu casa.

- Tienes muchos artículos para escoger
- No hay límite en la cantidad de artículos que puedes ordenar.
- Mientras **MMM cubre el costo de la entrega**, tú tienes varias opciones para pagar tu compra, a precios que son un alivio a tu bolsillo!
 - Tu tarjeta MMM Flexi Card
 - ATH Móvil
 - Tarjeta de Crédito
- Tiempo de entrega aproximado: 3 días

¡Ordenar es fácil!

Por teléfono: 1-833-647-9592, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

TELÉFONO MÓVIL



¡TE PAGAMOS UN NUEVO SMARTPHONE!

MMM te provee recursos tecnológicos para que estés al día con tu cuidado de salud.

INCLUYE:

- Equipo y servicio **¡Incluido!**
- Internet, llamadas y textos **¡ilimitados** en Puerto Rico y Estados Unidos
- Hotspot **¡Incluido!**
- Plan de protección **¡Incluido!**

Expande tu acceso a familiares, cuidadores, amigos, ¡y hasta los servicios de telemedicina!



BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Dinámico
(HMO-POS)

TRANSPORTACIÓN



A TU CITA

**¡Llega a tus citas, cómodo y a tiempo!
Nosotros te llevamos.**

Para solicitar el servicio,
llama 5 días laborables antes de la cita, 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 POR CUBIERTA

MMM Elite (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
Ilimitado	4 viajes	4 viajes	16 viajes	16 viajes

Reglas de autorización pueden aplicar.

VISIÓN

Todas las cubiertas de MMM incluyen
cuidado de visión.

Todo, con:

- Libre selección de monturas
- Libre selección de óptica entre nuestra amplia red

Además, con tu cubierta de espejos, puedes
escoger entre una gran variedad de servicios:

- Lentes regulares, bifocales, trifocales o de transición
- Tratamientos anti-reflectivos y anti-rayazos
- Reparación de espejos

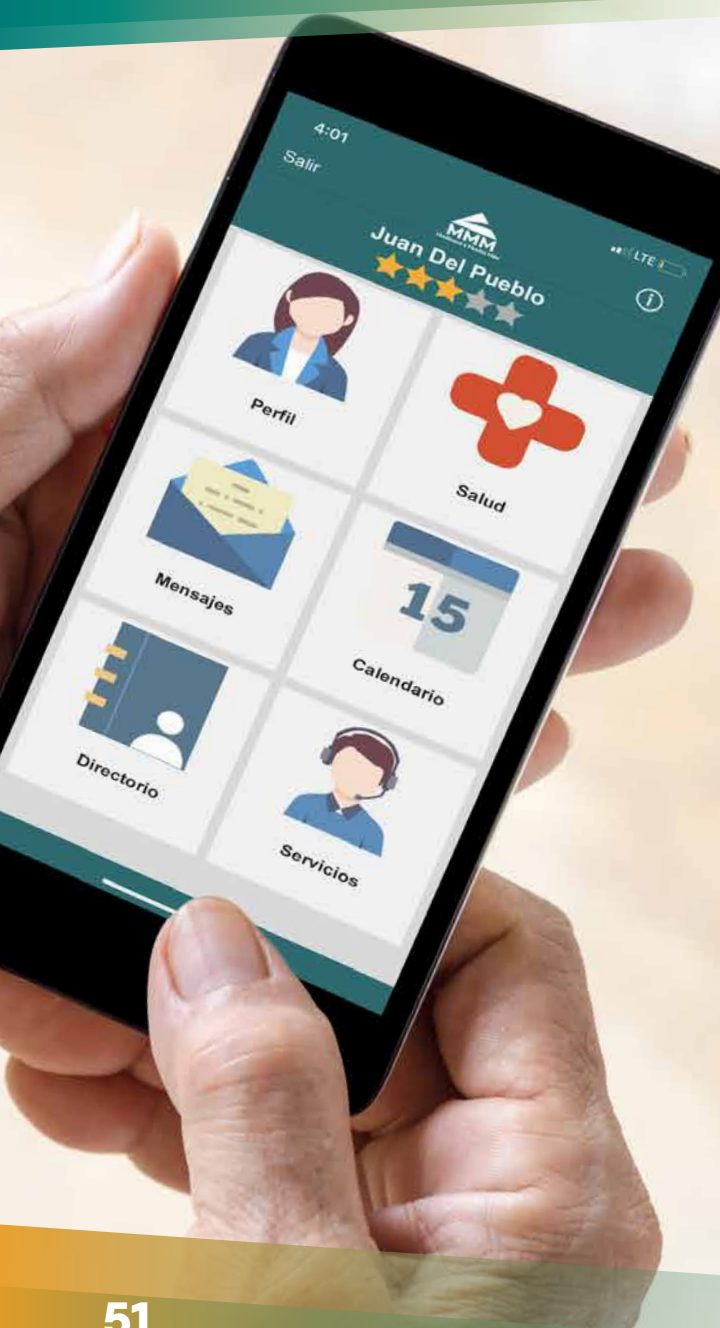


BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Elite (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
\$850 anuales	\$400 anuales	\$200 anuales	\$350 anuales	\$400 anuales

Reglas de autorización pueden aplicar.

ACCESO A TU ALCANCE



APLICACIÓN MÓVIL

Tenemos una aplicación útil, fácil de usar y segura. Tanto afiliados de MMM como sus cuidadores autorizados pueden descargarla y usarla en el celular para ver tu información de salud y mantenerte actualizado y en control de tu cuidado.

Mira todo lo que puedes ver o hacer:

- Imagen de tu tarjeta de afiliado
- Estatus de preautorizaciones
- Reconciliación de medicamentos
- Directorio de Proveedores
- OTC:
 - Acceder al catálogo
 - Enviar tu orden
 - Mantener monitoreo del estatus de tu orden
- MMM Alerta
- ¡Mucho más!

SERVICIOS EN EL ESTADO DE FLORIDA, USA



Quando te des la vueltita por Orlando, Florida, tienes dónde atenderte si lo necesitas. Como afiliado de MMM, tienes acceso a los servicios médicos de las clínicas de:



**Orlando Family Physicians,
el grupo médico hispano más
grande de la Florida Central**



Los mismos copagos que tienes en Puerto Rico ya que el acceso a estos servicios no altera tu cubierta en o fuera de la red. Es como una extensión de nuestro propio cuidado cuando estés en Orlando, Florida.



Médicos primarios y especialistas



Un sistema unificado, con acceso a tus récords médicos para cuidado coordinado

ENTENDIENDO EL PROGRAMA MEDICARE

¿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 ayuda 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.

OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB

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

LEYENDA:



Oficina Regional



**Oficina Regional
y Members Club**

Área Metro

Carolina

Paseo del Prado
Shopping Center
Carr. 3, km 8.4
Barrio Martín González
Carolina, PR 00985
787-622-3000 ext. 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 Trigo 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.



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.

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 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 diferente de Medicare Advantage
- 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 desafiarse 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 desafiarse 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.



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 grande, 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 la Unidad de Servicio al Cliente.

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@mmhmc.com

Si necesita ayuda para hacerlo la Unidad de Servicio al Cliente 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): اتصل بالامجان لك توافر ال لغوية المساعدة خدمات ف إن ال لغة، انكرت تحدث ك نت إذا ملحوظة (عربي) 1-866-333-5470 ب رقم 1-866-333-5469 (وال بكم ال صم هتة ف رقم).

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).



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.mmmp.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 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 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/coaseguro puede 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 basado en la verificación de que es elegible tanto para Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

LISTA DE REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA MMM FLEXI CARD

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, 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 cardíaca
 - 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

- **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 hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
- Enfermedad de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Polineuropatía
- Estenosis espinal
- Déficit neurológico relacionado con derrame cerebral

- **Derrame Cerebral**



¿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.



PO BOX 71114, SAN JUAN, PR 00936-8014

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.

www.mmmpr.com

REPRESENTANTE DE VENTAS: _____

TELÉFONO: _____

CUBIERTA: _____

MMM Healthcare, LLC, es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.