

# MMM Grande Platino (HMO-SNP) ofrecido por MMM Healthcare, LLC

## Notificación Anual de Cambios 2021

Usted está actualmente afiliado a MMM Bienestar Platino. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

---

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante que revise ahora su cubierta para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Busque en las Secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si los cambios en nuestra cubierta de medicamentos recetados le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?

- ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones como, por ejemplo, la necesidad de nuestra aprobación antes de procesar su receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias?  
¿Hay cambios en los costos al utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de Medicamentos para el 2021 y busque en la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cubierta de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede representar un ahorro en sus costos máximos de bolsillo durante el año. Para recibir información adicional sobre los costos de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estas tablas resaltan cuáles manufactureros han estado aumentando sus precios y también presentan otra información de medicamentos de año en año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Están sus médicos, incluyendo especialistas que usted visita regularmente, en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?

- Busque en la Sección 2.3 para obtener información sobre el Directorio de Proveedores y Farmacias.
  - Piense en los costos totales de su cuidado de salud.
    - ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
    - ¿Cuánto pagará por su prima y deducibles?
    - ¿Cómo comparan los costos totales con otras opciones de cubierta de Medicare?
  - Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Busque información sobre otras opciones de plan
- Verifique la cubierta y costos de planes en su área.
    - Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)
    - Revise la lista al dorso de su folleto *Medicare y Usted*.
    - Busque en la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
  - Una vez reduzca sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cubierta en la página de Internet del plan.
- 3. ESCOJA:** Decida si quiere cambiar su plan
- Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2020, será afiliado en MMM Grande Platino.
  - Para cambiarse a un **plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Busque en la Sección 3.2, página 21 para obtener más información sobre sus opciones.

- 4. AFÍLIESE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**
- Si no se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, será afiliado en MMM Grande Platino.
  - Si se une a otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cubierta comenzará el **1 de enero de 2021**. Usted será desafiliado automáticamente de su plan actual.

## Recursos Adicionales

- Esta información está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, llame a nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-333-5469.) El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como en braille, letra agrandada, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si necesita la información de nuestro plan en algún otro formato.
- **La cubierta bajo este plan cualifica como Cubierta Médica Cualificada (QHC**, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de

responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite la página de Internet del Servicio de Rentas Internas (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para más información.

### **Sobre MMM Grande Platino**

- MMM Healthcare, LLC, es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM Healthcare, LLC, depende de la renovación del contrato.
  - Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a MMM Grande Platino.
- 

Y0049\_2021 1140 0004 2\_M

MMM-PDG-MIS-152-080520-S

## Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y de 2021 para MMM Grande Platino en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

| Costo  | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año) |
|--|-------------------|--------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la Sección 2.1 para más detalles. | \$0 prima mensual | \$0 prima mensual  |

| <b>Costo</b>                      | <b>2020 (este año)</b>   | <b>2021 (próximo año)</b>  |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Visitas a oficinas médicas</b> | Visitas de cuidado primario: <b>\$0</b> de copago por visita<br><br>Visitas a especialistas: <b>\$0</b> de copago por visita | Visitas de cuidado primario: <b>\$0</b> de copago por visita<br><br>Visitas a especialistas: <b>\$0</b> de copago por visita |

| <b>Costo</b>  | <b>2020 (este año)</b>           | <b>2021 (próximo año)</b>        |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Estadías hospitalarias</b><br>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día antes del día de alta, es su último día de cuidado hospitalario. | <b>\$0</b> de copago por estadía | <b>\$0</b> de copago por estadía |

| <b>Costo</b>   | <b>2020 (este año)</b>  | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <p><b>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Vea la Sección 2.6 para más detalles.)</p>  | <p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos Cubiertos: <b>\$0</b> de copago</li> </ul> | <p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos Cubiertos: <b>\$0</b> de copago</li> </ul> |
| <p><b>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</b></p> <p>Este es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos.<br/>(Vea la Sección 2.2 para más detalles.)</p> | <p><b>\$3,250</b></p>   | <p><b>\$3,250</b></p>   |

***Notificación Anual de Cambios para 2021***  
**Tabla de Contenido**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2021 .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan .....</b>                                   | <b>9</b>  |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>                 | <b>10</b> |
| Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual .....  | 10        |
| Sección 2.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo .....                     | 10        |
| Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores .....  | 12        |
| Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias .....  | 13        |
| Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....               | 14        |
| Sección 2.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D .....            | 38        |
| <b>SECCIÓN 3 Decidir cuál plan elegir .....</b>   | <b>45</b> |
| Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en MMM Grande Platino.....                            | 45        |
| Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan .....   | 45        |
| <b>SECCIÓN 4 Cambiando de Plan.....</b>   | <b>47</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b> | <b>48</b> |

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados .....</b> | <b>49</b> |
| <b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>  | <b>52</b> |
| Sección 7.1 – Obteniendo ayuda de MMM Grande Platino.....                         | 52        |
| Sección 7.2 – Obteniendo ayuda de Medicare .....                                  | 53        |
| Sección 7.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid.....                                   | 54        |

## **SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan**

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de MMM Bienestar Platino a MMM Grande Platino.

Es importante que sepa que su tarjeta de identificación del plan, Evidencia de Cubierta, Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario de Medicamentos), Directorio de Proveedores y Farmacias, Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y todos los materiales con información del plan reflejarán el cambio de nombre.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado del plan (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

| Costo  | 2020 (este año)          | 2021 (próximo año)       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Prima Mensual</b><br>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted). | <b>\$0</b> prima mensual | <b>\$0</b> prima mensual |

### Sección 2.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se llama la "cantidad máxima de pagos de su bolsillo". Cuando alcance esta cantidad, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

| <b>Costo</b>  | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|---|------------------------|---|
| <p><b>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</b></p> <p><b>Dado que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, son pocos los afiliados que alcanzan este costo máximo en pagos de su bolsillo.</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p> <p>No hay cambios para el próximo año.</p> | <p><b>\$3,250</b></p>  | <p><b>\$3,250</b></p> <p>Una vez que haya pagado <b>\$3,250</b> de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p> |

---

## **Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores**

---

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com), incluyendo los proveedores de hospicio que entraron a la red. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2021 para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay un sinnúmero de razones por las cuales su proveedor puede dejar su plan, pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un intento de buena fe para notificarle, con al menos 30 días de anticipación, si su proveedor

deja nuestro plan para que usted tenga oportunidad de escoger un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si usted está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.
- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su doctor o proveedor estará dejando el plan, por favor, comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

---

## **Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias**

---

Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de cuál farmacia use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si las obtiene en una de las farmacias en nuestra red.

Habrá cambios en la red de farmacias para el próximo año. Un *Directorio de Proveedores y Farmacias*

actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2021* para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

---

## **Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**

---

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* solo le informa de los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cubierta para algunos servicios médicos para el próximo año. La información que aparece a continuación describe estos cambios. Para detalles sobre cubierta y costo por estos servicios, vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cubierta 2021*. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra disponible en nuestra página de Internet en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

| Costo  | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)   |
|--|---|--|
| <p><b>Servicios de Transportación - Suplementarios</b></p>   | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de transportación suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta doce <b>(12)</b> viajes de una vía para las facilidades aprobadas por el plan por año.</p>       | <p>Servicios de transportación suplementarios <u>no</u> cubiertos.</p>                       |
| <p><b>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) - Suplementarios</b></p> | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$20</b> cada tres <b>(3)</b> meses para ser usados en la compra de</p> | <p>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios <u>no</u> cubiertos.</p> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b>  | <b>2021 (próximo año)</b> |
|--------------|---|---------------------------|
|              | <p>artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Vitaminas y minerales</li><li>2. Suplidos de primeros auxilios</li><li>3. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li><li>4. Cuidado de la boca</li><li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li><li>6. Monitor de presión arterial</li><li>7. Terapia de Reemplazo de Nicotina</li></ol> |                           |

| Costo  | 2020 (este año)  | 2021 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Tecnologías de Acceso Remoto: Teléfono inteligente-Suplementario</b></p> | <p>Teléfono inteligente suplementario para fines relacionados con la salud <u>no</u> cubierto.</p> | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por un teléfono inteligente suplementario para fines relacionados con la salud.</p> <p>Usted es elegible para un <b>(1)</b> teléfono inteligente con un plan de voz y data para fines relacionados con la salud, como: facilitar la colaboración con los proveedores de cuidado médico, utilizar la Aplicación Móvil MMM para acceder a</p> |

| <b>Costo</b>  | <b>2020 (este año)</b>  | <b>2021 (próximo año)</b>  |
|---|---|--|
|   |   | servicios en línea como ordenar OTC, para facilitar el acceso a la página electrónica y redes sociales de MMM.   |
| <b>Servicios dentales comprensivos-Suplementarios</b> | <p>Usted paga el <b>0%</b> del costo total por los servicios dentales comprensivos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurativo</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> </ul> <p>Servicios de restauración</p> | <p>Usted paga el <b>0%</b> del costo total por los servicios dentales comprensivos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurativo</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> </ul> <p>Además, paga el <b>33%</b> del costo</p> |

| Costo | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)   |
|-------|---|--|
|       | <p>suplementarios adicionales <u>no</u> cubiertos.</p> <p>Además, paga el <b>33%</b> del costo total por servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostodoncia<br/>Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de metal fundido para dentadura parcial con base de resina cada cinco <b>(5)</b> años o dentadura</li> </ul> | <p>total por servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurativos<br/>Poste y Reconstrucción de Muñón y/o Corona Individual</li> </ul> <p>Usted es elegible para tratamientos <b>ilimitados</b> para la reconstrucción de poste y muñón y/o coronas individuales por año, por diente, por vida, sujeto a la cantidad máxima del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostodoncia</li> </ul> |

| Costo | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)   |
|-------|---|--|
|       | <p>parcial de base flexible cada ocho <b>(8)</b> años.</p> <p>Dentaduras fijas e implantes <u>no</u> cubiertos.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$2,000</b> por año para una <b>(1)</b> dentadura completa o parcial cada cinco <b>(5)</b> años.</p> | <p>Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de metal fundido para dentadura parcial con base de resina o dentadura parcial de base flexible cada cinco <b>(5)</b> años.</p> <p>Dentaduras fijas cubiertas una <b>(1)</b> por diente, por vida.</p> <p>Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año)   |
|-------|-----------------|--|
|       |                 | <p>endóseo cubierto uno <b>(1)</b> por diente de por vida.</p> <p>Las coronas sobre implantes están cubiertas una <b>(1)</b> por diente cada cinco <b>(5)</b> años</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$2,000</b> por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno.</p> |

| <b>Costo</b>                              | <b>2020 (este año)</b>   | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|---|--|---|
| <b>Espejuelos-Suplementarios</b>          | Usted paga <b>\$0</b> de copago por espejuelos suplementarios.<br><br>Usted es elegible para hasta <b>\$300</b> por año para ser usados para la compra de espejuelos (marcos y lentes) y / o lentes de contacto. | Espejuelos suplementarios <u>no</u> cubiertos.                                  |
| <b>Examen de audición - Suplementario</b> | Usted paga <b>\$0</b> de copago por la evaluación de ajuste de aparatos auditivos suplementarios.  | Evaluación para ajuste de aparatos auditivos suplementarios <u>no</u> cubierto. |

| Costo   | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <p><b>Aparatos Auditivos - Suplementarios</b></p>             | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por beneficio suplementario de aparatos auditivos.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$250</b> cada tres <b>(3)</b> años para compra de aparatos auditivos para ambos oídos combinados.</p> | <p>Beneficio suplementario de aparatos auditivos <u>no</u> cubierto.</p>   |
| <p><b>Vita Care: Visitas a especialistas y Telehealth</b></p> | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a especialistas</b><br/>s<br/>(tales como endocrinólogo)</li> </ul>                                      | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a especialistas</b><br/>s<br/>(tales como endocrinólogo)</li> </ul> |

| Costo | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)   |
|-------|---|--|
|       | <p>O,<br/>neumólogo,<br/>cardiólogo, y<br/>reumatólogo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de Salud Mental</b></li> <li>• <b>Servicios de Otros Profesionales de la Salud</b></li> <li>• <b>Telehealth:</b> Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor</li> </ul> | <p>O,<br/>neumólogo,<br/>cardiólogo y<br/>nefrólogo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de Salud Mental</b></li> <li>• <b>Servicios de Otros Profesionales de la Salud</b></li> <li>• <b>Telehealth:</b> Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado</li> </ul> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b>   | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|--|---|
|              | <p>licenciado por el estado como:<br/>Endocrinólogo,<br/>Neumólogo,<br/>Cardiólogo,<br/>Reumatólogo,<br/>, Psiquiatra,<br/>entre otros.</p> <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> <li>2. Insuficiencia Cardíaca Crónica</li> </ol> | <p>por el estado como:<br/>Endocrinólogo,<br/>Neumólogo,<br/>Cardiólogo,<br/>entre otros.</p> <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> <li>2. Insuficiencia Cardíaca Crónica</li> <li>3. Desórdenes Cardiovasculares</li> <li>4. Enfermedad</li> </ol> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b>  | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|---|---|
|              | <p>3. Desórdenes Cardiovasculares</p> <p>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</p> <p>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.</p> | <p>Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</p> <p>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.</p> |

| Costo  | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <p><b>Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas – Comida y alimentos frescos</b></p> | <p>• <b>Comida y Alimentos Frescos</b></p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$80</b> mensuales para la compra de artículos selectos y variados de comida saludable.</p> | <p>Beneficio suplementario especial de comida y alimentos frescos para afiliados con enfermedades crónicas <u>no</u> cubierto.</p>                        |
| <p><b>Programa de Dinero en Efectivo o Reembolso</b></p>   | <p>Programa de Dinero en Efectivo o Reembolso <u>no</u> disponible.</p>   | <p>Usted es elegible para recibir una ayuda de hasta <b>\$130</b> por mes (para una cantidad total de <b>\$1,560</b> por año) mientras esté activo en</p> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>  |
|--------------|------------------------|--|
|              |                        | <p>el plan.</p> <p>Recibirá una tarjeta de débito a través de la cual se depositará la ayuda cada mes. Podrá retirar efectivo de cualquier cajero automático o podrá utilizar la tarjeta de débito para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comida preparada</li><li>• Comida y provisiones</li><li>• Gasolina</li></ul> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Productos de limpieza</li><li>• Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)</li><li>• Utilidades (pago de agua, luz y teléfono) y vivienda (pago de hipoteca/renta)</li><li>• Artículos adicionales de OTC</li><li>• Copagos y/o coaseguro</li></ul> <p>Los afiliados que opten por recibir este</p> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | beneficio<br>suplementario<br>pueden tener<br>repercusiones<br>tributarias, ya<br>que estas<br>cantidades<br>podrían estar<br>sujetas a<br>impuestos<br>sobre<br>ingresos.<br>MMM<br>Healthcare,<br>LLC<br>proporcionará<br>información<br>actualizada<br>sobre<br>informes de<br>ingresos a<br>todos los |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | <p>afiliados,<br/>según aplique.</p> <p>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.</p> |

| <b>Costo</b>               | <b>2020 (este año)</b>   | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|----------------------------|--|---|
|                            |  | (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.  |
| <b>Cuidado de Hospicio</b> | Los servicios de hospicio y servicios relacionados con su pronóstico terminal están cubiertos por Medicare Original. | Los servicios de hospicio y servicios relacionados con su pronóstico terminal están cubiertos por este plan.<br><br>Usted paga <b>5%</b> de coaseguro ( <b>\$5</b> máximo) por medicamentos recetados y |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>  |
|--------------|------------------------|--|
|              |                        | <p>biológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>5%</b> de coaseguro por día (<b>\$5</b> por día máximo) por servicios de respiro al cuidador cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por todos los demás servicios de cuidado paliativo y hospicio cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de médicos</li><li>• Cuidado paliativo previo al hospicio</li><li>• Cuidado paliativo completo</li><li>• Cuidado de enfermería</li><li>• Equipo médico (como sillas de ruedas o andadores)</li><li>• Suministros médicos (como vendajes y catéteres)</li><li>• Medicamentos con receta</li><li>• Servicios de asistente de hospicio y</li></ul> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | <p>ama de llaves</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Terapia física y ocupacional</li><li>• Servicios de patología del habla y el lenguaje</li><li>• Servicios de trabajador social</li><li>• Asesoramiento dietético</li><li>• Asesoramiento sobre el duelo y la pérdida para usted y su familia</li><li>• Atención hospitalaria a corto plazo (para el manejo del dolor o los síntomas)</li></ul> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Respiro al cuidador a corto plazo</li><li>• Cualquier otro servicio cubierto por Medicare necesario para controlar la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, según lo recomendado o por el equipo de cuidado paliativo del plan.</li></ul> <p>Para aquellos afiliados que puedan necesitar cuidado simultáneo de</p> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--------------|------------------------|---|
|              |                        | <p>transición para cualquier tratamiento clínico en curso, MMM Grande Platino garantizará la continuación de este beneficio a medida que hagan la transición al cuidado de hospicio con un proveedor de hospicio de la red y de proveedores que no son de hospicio.</p> <p>El Manejador de Casos identificará si se necesita alguna autorización previa relacionada con</p> |

| <b>Costo</b> | <b>2020 (este año)</b> | <b>2021 (próximo año)</b>  |
|--------------|------------------------|--|
|              |                        | <p>el cuidado simultáneo de transición y se coordinará según corresponda.</p> <p>Costos compartidos para otros servicios no relacionados con su diagnóstico terminal pueden aplicar.</p> |

---

## **Sección 2.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D**

---

### **Cambios a nuestra Lista de Medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". En este sobre hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se

aplican a nuestra cubierta para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta de medicamentos, usted puede:

- **Hablar con su médico (u otro que le recete) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a los afiliados actuales** a solicitar una excepción antes de comenzar el nuevo año.
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cubierta (¿Qué hacer si usted tiene un problema o una queja? (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios al Afiliado.
- **Verifique con su médico (u otro que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Usted puede llamar a Servicios al Afiliado para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

El plan le ofrece orientación a los afiliados afectados sobre cómo proceder luego de que se les provea un despacho temporero, de manera que se efectúe una transición apropiada y beneficiosa al final del período de transición. Sin embargo, hasta tanto la transición se lleve a cabo, ya sea mediante el cambio a un medicamento del

formulario que sea apropiado, o la decisión sobre una solicitud de excepción, se le continuará cubriendo el medicamento, siempre y cuando no sean medicamentos que no estén cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

El plan continuará proveyéndole al afiliado los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, dependiendo del caso, en la medida en que su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada al finalizar el período mínimo de transición y hasta el momento en que se realice una transición.

Las excepciones continuarán siendo cubiertas durante el período (generalmente un año calendario) para el cual fueron aprobadas, independientemente de cuándo se aprobó el medicamento. No es necesario solicitar una nueva excepción al comienzo del año a menos que la preautorización expire.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, pudiésemos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare durante el año.

Cuando realizamos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted todavía puede hablar con su médico (u otro que le recete) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet y proveeremos cualquier otra información requerida para reflejar cambios en los medicamentos. (Para saber más acerca de los cambios

que pudiéramos realizarle a la Lista de Medicamentos, revise el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cubierta*.)

## **Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados**

**Nota:** Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información referente a costos por medicamentos de la Parte D puede que no le aplique a usted.**

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto usted paga por un medicamento de la Parte D dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la cual usted se encuentra. (Puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de Cubierta* para obtener más información sobre las etapas.)

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en los primeros 2 niveles – La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza los otros 2 niveles – La Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierta*, que se encuentra en nuestra página web [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado y solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.)

## Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa                                    | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b> | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted. | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted. |

## Cambios en su Costo Compartido en la Etapa de Cubierta Inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y coaseguros, vaya al Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cubierta*.

| Etapa  | 2020 (este año)  | 2021 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</b></p> | <p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos Cubiertos:</b><br/>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>—</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos Cubiertos:</b><br/>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>—</p> |

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**

Los costos en este renglón son por un suministro para un mes (30 días) cuando se le despache su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.

Para información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cubierta*.

Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado **\$4,020**, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).

Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado **\$4,130**, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).

## **Cambios a las Etapas de Brecha de Cubierta y Cubierta Catastrófica**

La Etapa de Brecha de Cubierta y la Etapa de Cubierta Catastrófica son otras dos etapas en la cubierta de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llega a ninguna de estas dos etapas.**

Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cubierta*.

### **SECCIÓN 3 Decidir cuál plan elegir**

#### **Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en MMM Grande Platino**

**Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada.** Si no se afilia en un plan diferente o cambia a Medicare Original en o antes del 7 de diciembre, automáticamente será afiliado en nuestro MMM Grande Platino.

#### **Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan**

Esperamos tenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para el 2021, siga estos pasos:

##### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Usted puede unirse a otro plan de salud Medicare,

- -- O -- Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 5), o llame a Medicare (ver Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare. Diríjase a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cubierta y calificaciones de calidad de los planes Medicare.**

Como recordatorio, MMM Healthcare, LLC, ofrece otros planes de salud Medicare. Estos otros planes pueden ser distintos en cubierta, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

## **Paso 2: Cambie su cubierta**

- Para cambiar a un plan de salud Medicare **diferente**, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Grande Platino.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Usted será

- automáticamente dado de baja de MMM Grande Platino.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe hacer una de las siguientes:
    - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos aparecen en la Sección 7.1 de este folleto).
    - – o — Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar su desafiliación. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se afilia a un plan separado de medicamentos Medicare, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que usted haya escogido no participar en inscripción automática.

## **SECCIÓN 4 Cambiando de Plan**

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

**¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?**

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Por ejemplo, se les pudiese permitir hacer cambios durante otras épocas del año a personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, aquellos que están dejando una cubierta patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cubierta para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cubierta*.

## **SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con consultores adiestrados en cada estado. En Puerto Rico, el SHIP es la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no está conectada con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre

seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o al 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 787-919-7291. Usted puede conocer más acerca del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página electrónica ([www.oppea.pr.gov/](http://www.oppea.pr.gov/)).

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame al Programa Medicaid de Puerto Rico al 787-641-4224, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD (audio impedidos) deben llamar al 787-625-6955. Pregunte cómo se afecta la forma en que recibe su cubierta del Programa Medicaid de Puerto Rico si se une a otro plan o vuelve a Medicare Original.

## **SECCIÓN 6    Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados**

Puede cualificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare:** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito para recibir “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de las primas de su plan de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Debido a que cualifica, usted no tendrá una brecha de cubierta o penalidad por afiliación tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana;
  - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a.m. y 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda con los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a individuos elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro médico o tener una cubierta limitada. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 787-765-2929, extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Obteniendo ayuda de MMM Grande Platino

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos). (Para TTY/TDD solamente, llamar al 1-866-333-5469). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a este número son libres de cargos.

#### **Lea la *Evidencia de Cubierta* de 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Esta *Notificación Anual de Cambios* le provee un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para detalles, busque en la *Evidencia de Cubierta* de 2021 para MMM Grande Platino. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

**Visite nuestra página de Internet**

También puede visitar nuestro sitio en la Internet en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). Como recordatorio, nuestra página electrónica contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

---

## **Sección 7.2 – Obteniendo ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

**Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite la página de Internet de Medicare**

Visite la página de Internet de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). La misma tiene información sobre los costos, cubierta y sistemas de calificación de calidad para ayudarle a comparar planes de salud Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página de Internet de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en "Buscar los Planes de Salud y de Medicamentos".)

## **Lea *Medicare y Usted 2021***

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2021*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla a través de la página de Internet de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Los beneficios de cuidado paliativo y hospicio son ofrecidos por el Programa de Manejo de Casos del plan. Para más información, puede comunicarse con el Programa de Manejo de Casos llamando al 787-993-2314 o al 1-866-944-8444 (libre de cargos), por fax al 787-999-1742 o por correo electrónico a: [palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com](mailto:palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com). Los servicios son interdisciplinarios y se ofrecen de acuerdo con sus necesidades y a las instrucciones y decisiones descritas por usted y su familia en su documento de Directrices Anticipadas.

---

## **Sección 7.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico) al 787-641-4224. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 787-625-6955.

