

Planes
HMO-POS, HMO C-SNP



Resumen de
Beneficios

2025

Beneficiario de
Medicare





**¡HECHO,
PA' MÍ!**

Conocer a fondo las necesidades de nuestra gente a lo largo de este caminar juntos, nos permite crear cubiertas a la medida, sobre la base de la experiencia y el compromiso con tu salud y bienestar, que hemos demostrado por más de dos décadas.

Con esto en mente, trabajamos para que durante todo el 2025 tengas una nueva experiencia con la red MMM Multiclínica, donde te ofreceremos los servicios de especialistas en un mismo lugar, con \$0 copago y sin referidos. Todo, exclusivamente para ti, al convertirte en afiliado(a) de MMM. Este año, **también tendrás transportación ilimitada a tus citas** en cualquiera de las clínicas alrededor de la Isla. Y para ampliar tus posibilidades, tendrás servicios dentales* en MMM Multiclínica de Humacao, Masters Dental Clinic, en Canóvanas y en la MMM Multiclínica de Aibonito.

Para que veas bien todos tus servicios disponibles, y para que te veas aun mejor, cuentas con hasta \$1,000 en nuestras cubiertas para espejuelos. ¡Sal y cómprate varias monturas! Les puedes añadir el filtro de transición para interiores y exteriores, tratamiento anti-rayazos y otros.

Por otro lado, añadimos más opciones de usos a la larga lista que ya teníamos en la MMM Flexi Card. Podrás pagar más productos y servicios, y el dinero que no utilices durante un mes, se acumulará para el siguiente hasta que termine el año de cubierta. ¡Simple, sin sorpresas!

Junto a nuestros afiliados, hemos construido un sistema de cuidado de salud que incluye servicios para una calidad de vida excepcional. Entre ellos, podrás contar con MMM OTC a Tu Puerta; la red de MMM Centros de Urgencias, con más de 70 centros disponibles para ti; así como la MMM Unidad Dorada, con atención exclusiva para afiliados de MMM en hospitales participantes. Nos emociona recibirte para que seas parte de nuestra familia.

Adelante, las siguientes páginas incluyen un resumen de los beneficios y datos relacionados con las cubiertas de MMM. Recuerda que la información completa y detallada está en la Evidencia de Cubierta.

*Los servicios dentales en la red MMM Multiclínica pueden variar por localidad.

Con gusto, respondemos a tus preguntas sobre el plan y los beneficios:

Departamento de Ventas

1-833-647-9555 (libre de cargos),

TTY: **711** (audio impedidos),

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



Conoce los tipos de cubierta.

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

HMO

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

Este tipo de plan te provee servicios a través de doctores, hospitales y otros proveedores contratados por el plan. Para poder coordinar tu cuidado, tienes que seleccionar un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés). Por lo general, en los planes tipo "HMO", se necesita un referido de tu médico primario para recibir servicios de otros proveedores de la red.

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 cubiertos por el plan con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de \$10,000 para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios POS requieren preautorización y son cubiertos a través de reembolso, basado en las tarifas del plan para proveedores contratados, menos el coaseguro que aplique. La cantidad a ser reembolsada pudiese ser distinta a la facturada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Al igual que con un HMO, tienes que seleccionar tu médico primario para coordinar tus servicios dentro de la red de proveedores contratados por el plan.

Busca en tu **Evidencia de Cubierta** más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red, los requisitos de preautorización, el costo compartido aplicable y el tope máximo de tu cubierta anual.



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. Este plan es para personas elegibles a ambos: Medicare y Medicaid.

Conoce definiciones comunes en el plan.



Chequeo Médico Anual

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



Coaseguro

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



Copago

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



Costo Máximo de tu Bolsillo

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



Deducible

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



Farmacia de la Red

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



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

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



Preautorizaciones

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



Proveedor en la Red

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



Proveedor fuera de la Red

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

Tabla Comparativa de Cubiertas

Resumen de Beneficios

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y de lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una "Evidencia de Cubierta" o puedes acceder al documento visitando nuestra página de Internet.
- El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden 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 o data.
- ¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Departamento de Ventas al: **1-833-647-9555** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si eres afiliado, llama a Servicios al Afiliado al: **1-866-333-5470** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Visita nuestra página de Internet en: **www.mmmpr.com**.



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

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

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

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

Para afiliarte a:

- **MMM Elite (HMO-POS),**
- **MMM Plenitud (HMO-POS),**
- **MMM Balance (HMO-POS),**
- **MMM Valioso (HMO-POS),**
- **MMM Deluxe (HMO-POS),**
- **MMM Grandioso (HMO-POS),**
- **MMM Mega Flex (HMO-POS),**
- **PMC Max (HMO-POS),**
- **MMM Supremo (HMO C-SNP),**

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

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un ¹ pueden requerir preautorización.

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

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

La elegibilidad para servicios con un ⁴ será determinada después de su afiliación al plan.

Para recibir este beneficio, tiene que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles.

Para más información, vea la Evidencia de Cubierta o llame a Servicios al Afiliado.

¿Qué más debes saber?

Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual **“Medicare y Usted 2025”**.

Puedes verlo en Internet en:

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

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





Cubiertas **HMO-POS**

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

MMM Elite (HMO-POS)

MMM Plenitud (HMO-POS)

MMM Balance (HMO-POS)

MMM Valioso (HMO-POS)

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

No pagas nada

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

- Red Preferida: **No pagas nada**
 - Unidad Dorada: **No pagas nada**
 - Red General: **\$50** de copago
- \$25** de copago

Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}

No pagas nada

Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas)

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP) ²
- Especialistas ^{2,3}

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Cuidado preventivo ^{1,2}

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

No pagas nada

Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios

Cuidado de emergencias

Si eres admitido al hospital dentro de un (1) día por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Refiérete a la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos).




Límite máximo del Plan **\$500** para cubierta mundial.

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

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan **\$500** para cubierta mundial.

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

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Valioso (HMO-POS)
\$0	\$0	\$0
No pagas nada \$3,250	No pagas nada \$3,250	No pagas nada \$3,250
<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No pagas nada • Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago \$25 de copago	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$5 de copago • Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago \$50 de copago	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$20 de copago • Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$100 de copago \$100 de copago
No pagas nada	No pagas nada	\$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Red Preferida: No pagas nada • Red General: \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Red Preferida: \$0-\$5 de copago • Red General: \$0-\$10 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial • \$100 de copago <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • 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"> • No pagas nada • Cubierta mundial • \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago • Cubierta mundial • \$100 de copago <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Cubierta mundial • \$100 de copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

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

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

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

Servicios de audición/Servicios dentales /Servicios de visión

Servicios de audición ^{1,2}

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

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

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$2,000 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales ^{1,2}

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

*Ciertos límites y restricciones pueden aplicar.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de **\$2,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión ^{1,2}




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

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

- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Valioso (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$60 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$500 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$250 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Cuidado de salud mental ^{1,2}

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

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

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

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

No aplica

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

100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física ^{1,2}

No pagas nada

Ambulancia ²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria ¹

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

No pagas nada

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

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

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

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B. Pudieras observar un coaseguro menor al 20% para algunos medicamentos de quimioterapia y Parte B con precios que hayan aumentado más rápido que la tasa de inflación.

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$0** copago

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud (HMO-POS)

- **\$50** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance (HMO-POS)

- **\$50** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso (HMO-POS)

- **\$100** de copago
- **\$0-\$10** de copago
- **\$0-\$10** de copago

\$40 mensual

\$102.70 mensual

\$174.70 mensual

No pagas nada

No pagas nada

No pagas nada

\$4 de copago

\$4 de copago

\$10 de copago

No pagas nada

No pagas nada

No pagas nada

No pagas nada

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

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

No pagas nada

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

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

No pagas nada

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$7** copago

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$10** copago

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$6** copago
- **\$20** copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Cuidado del pie ^{1, 2, 3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarias.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

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

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

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ^{1, 2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**




\$1,000 anuales para un máximo de 12 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

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

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

No pagas nada

\$90 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Valioso (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$10 de copago • \$0-\$10 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • 5% del costo • 5% del costo • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • 5% del costo • 5% del costo • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No pagas nada
<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada <p>\$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago <p>\$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago <p>\$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<p>No pagas nada</p> <p>\$40 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No pagas nada</p> <p>\$25 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No cubierto</p>

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

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

Nutricionista

No pagas nada

12 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata
- Artículos Homeopáticos / Medicina Natural

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

• No pagas nada

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• No pagas nada

\$90 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.




Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$90 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Valioso (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago
<p>No pagas nada 6 visitas por año.</p>	<p>No pagas nada 6 visitas por año.</p>	<p>No pagas nada 6 visitas por año.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. • No pagas nada \$40 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. • No pagas nada \$25 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. • No cubierto
<p>No pagas nada \$40 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche 	<p>No pagas nada \$25 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche 	<p>No cubierto</p>

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$90 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.
- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

MMM Flexi Card ⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC
- Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria, y membresía de gimnasio)
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Servicios de cuidado personal, como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / anti-manchas
- Electrodomésticos
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)

\$15 mensual

Recibirás una tarjeta en la cual se depositará la cantidad asignada cada mes. El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2025. Tu elegibilidad se determinará después de afiliarte al plan. Para poder recibir este beneficio, tienes que tener una de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado.

MMM Asistencia ⁴

Eres elegible para **12** servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera*
- Reparaciones menores en el hogar*.
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla, para interior o exterior, por semestre (dos (2) al año)).
- Para más detalles, refiérete a tu Evidencia de Cubierta.

No pagas nada

*Se cubre una cantidad máxima de **\$300** por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar.

Límites y restricciones pueden aplicar.

<div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h2 style="margin-top: 10px;">MMM Plenitud</h2> <p>(HMO-POS)</p>	<div style="background-color: #FFD700; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h2 style="margin-top: 10px;">MMM Balance</h2> <p>(HMO-POS)</p>	<div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h2 style="margin-top: 10px;">MMM Valioso</h2> <p>(HMO-POS)</p>
<p>No pagas nada</p> <p>\$40 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento 	<p>No pagas nada</p> <p>\$25 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento 	<p>No cubierto</p>

\$50 mensual

\$50 mensual

\$10 mensual

<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Elite - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca No Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 4 pastillas al mes.

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Plenitud - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Marca No Preferida	\$7 de copago	\$14 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

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

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 4 pastillas al mes.

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Balance - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$7 de copago	\$14 de copago
	Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

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

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Valioso - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$10 de copago
	Genéricos	\$6 de copago	\$12 de copago
	Marca Preferida	\$15 de copago	\$30 de copago
	Marca No Preferida	\$20 de copago	\$40 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

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

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

Beneficios	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Plenitud (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Valioso (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0	\$5
Genéricos	\$0	\$0	\$0	\$6
Marca Preferida	\$0	\$5	\$7	\$15
Marca No Preferida	\$0	\$7	\$10	\$20
Medicamentos Especializados Preferidos	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina
Medicamentos Especializados	33%	33%	33%	33%
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	4 pastillas al mes	4 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2025. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.



Cubiertas **HMO-POS**

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

MMM Deluxe (HMO-POS)

MMM Grandioso (HMO-POS)

MMM Mega Flex (HMO-POS)

PMC Max (HMO-POS)

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Deluxe
(HMO-POS)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

No pagas nada

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

- Red Preferida: **\$10** de copago
Unidad Dorada: **No pagas nada**
 - Red General: **\$50** de copago
- \$25** de copago

Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}

No pagas nada

Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas)

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP) ²
- Especialistas ^{2,3}

- **No pagas nada**
- Red Preferida: **\$0-\$5** de copago
- Red General: **\$0-\$5** de copago

Cuidado preventivo ^{1,2}

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

No pagas nada

Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios

Cuidado de emergencias

Si eres admitido al hospital dentro de un (1) día por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Refiérete la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos).

Límite máximo del Plan **\$500** para cubierta mundial.

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan **\$500** para cubierta mundial.

- **\$75** de copago
 - Cubierta mundial
\$100 de copago
- **No pagas nada**
 - Cubierta mundial
\$100 de copago

<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Grandioso (HMO-POS)	<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Mega Flex (HMO-POS)	<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> PMC Max (HMO-POS)
\$0	\$0	\$0
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250
<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$25 de copago Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$75 de copago \$75 de copago	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$25 de copago Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$75 de copago \$75 de copago	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago \$25 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Red Preferida: \$0-\$3 de copago Red General: \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Red Preferida: \$0-\$5 de copago Red General: \$0-\$7 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Red Preferida: No pagas nada Red General: \$0-\$3 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • 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"> • No pagas nada • 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"> • No pagas nada • Cubierta mundial \$100 de copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Deluxe
(HMO-POS)

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

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

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Servicios de audición/Servicios dentales /Servicios de visión

Servicios de audición ^{1,2}

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

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

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales ^{1,2}

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

*Ciertos límites y restricciones pueden aplicar.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de **\$1,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión ^{1,2}

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

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

- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$200 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Grandioso (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$50 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$50 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada

- **No pagas nada**
- **No cubierto**
- **No pagas nada**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No cubierto**
- **No pagas nada**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$1,000 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo

- **No pagas nada**
- **0%-20%** del costo
- **No cubierto**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de **\$1,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Eres elegible para un máximo de **\$1,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$1,000 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

\$450 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Deluxe
(HMO-POS)

Cuidado de salud mental ^{1,2}

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

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

- **\$50** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$171.50 mensual

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

100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física ^{1,2}

\$5 de copago

Ambulancia ²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria ¹

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

No pagas nada

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

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

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

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B. Pudieras observar un coaseguro menor al 20% para algunos medicamentos de quimioterapia y Parte B con precios que hayan aumentado más rápido que la tasa de inflación.

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$4** copago
- **\$15** copago

<div style="background-color: #90EE90; padding: 2px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div>	<div style="background-color: #00CED1; padding: 2px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div>	<div style="background-color: #3CB371; padding: 2px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div>
<h2>MMM Grandioso</h2> <p>(HMO-POS)</p>	<h2>MMM Mega Flex</h2> <p>(HMO-POS)</p>	<h2>PMC Max</h2> <p>(HMO-POS)</p>

- **\$75** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

- **\$50** de copago
- **\$0-\$7** de copago
- **\$0-\$7** de copago

- **\$50** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago



No aplica	\$17.60 mensual	No aplica
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
\$5 de copago	\$7 de copago	\$4 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
<p>Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.</p>	<p>Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.</p>	<p>12 viajes ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.</p> <p>Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas.</p>

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$15** copago

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$2** copago
- **\$15** copago

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$10** copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Deluxe
(HMO-POS)

Cuidado del pie ^{1, 2, 3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarias.

- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

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

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

- **0%-20%** del costo
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ^{1, 2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

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

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

Artículos fuera del recetario

(OTC, por sus siglas en inglés)

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

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Grandioso (HMO-POS)	<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Mega Flex (HMO-POS)	<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> PMC Max (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$7 de copago • \$0-\$7 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No pagas nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0%-10% del costo • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada
<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago <p>\$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$7 de copago • \$7 de copago <p>\$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago <p>\$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<p>No pagas nada</p> <p>\$30 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No cubierto</p>	<p>No pagas nada</p> <p>\$75 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Deluxe
(HMO-POS)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios. **No aplica a la cubierta de PMC Max.**

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

Nutricionista

No pagas nada

6 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata
- Artículos Homeopáticos / Medicina Natural

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

• No pagas nada

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.




Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Grandioso (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • No cubierto
<p>No pagas nada 6 visitas por año.</p>	<p>No pagas nada 6 visitas por año.</p>	<p>No pagas nada 6 visitas por año.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. • No pagas nada \$30 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. • No cubierto 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. • No pagas nada \$75 mensuales para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.
<p>No pagas nada \$30 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche 	<p>No cubierto</p>	<p>No pagas nada \$75 mensuales para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Deluxe
(HMO-POS)

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

MMM Flexi Card ⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC
- Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria, y membresía de gimnasio)
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Servicios de cuidado personal, como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / anti-manchas
- Electrodomésticos
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)

Recibirás una tarjeta en la cual se depositará la cantidad asignada cada mes. El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2025. Tu elegibilidad se determinará después de afiliarte al plan. Para poder recibir este beneficio, tienes que tener una de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado.

MMM Asistencia ⁴

Eres elegible para **12** servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera*
- Reparaciones menores en el hogar*.
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla, para interior o exterior, por semestre (dos (2) al año)).
- Para más detalles, refiérete a tu Evidencia de Cubierta.

*Se cubre una cantidad máxima de **\$300** por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar.

Límites y restricciones pueden aplicar.

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.
- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

No cubierto

No pagas nada

<div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <p>MMM Grandioso (HMO-POS)</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <p>MMM Mega Flex (HMO-POS)</p>	<div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <p>PMC Max (HMO-POS)</p>
<p>No pagas nada</p> <p>\$30 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento 	<p>No cubierto</p>	<p>No pagas nada</p> <p>\$75 mensuales para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento

\$140 mensual

\$200 mensual

\$75 mensual

<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Deluxe - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$3 de copago	\$6 de copago
	Genéricos	\$4 de copago	\$8 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Marca No Preferida	\$15 de copago	\$30 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Grandioso - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Marca No Preferida	\$15 de copago	\$30 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

MMM Mega Flex - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$1 de copago	\$2 de copago
	Genéricos	\$2 de copago	\$4 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Marca No Preferida	\$15 de copago	\$30 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO-POS)

PMC Max - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$7 de copago	\$14 de copago
	Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 4 pastillas al mes.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

Beneficios	MMM Deluxe (HMO-POS)	MMM Grandioso (HMO-POS)	MMM Mega Flex (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$3	\$0	\$1	\$0
Genéricos	\$4	\$0	\$2	\$0
Marca Preferida	\$10	\$10	\$10	\$7
Marca No Preferida	\$15	\$15	\$15	\$10
Medicamentos Especializados Preferidos	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina
Medicamentos Especializados	33%	33%	33%	33%
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto	4 pastillas al mes

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2025. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.



Cubiertas
HMO C-SNP

Estos planes son exclusivos para personas con condiciones específicas, como diabetes, fallo cardíaco crónico y condiciones cardiovasculares. Una certificación médica es necesaria para cualificar para esta cubierta.

MMM Supremo (HMO C-SNP)

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo
(HMO C-SNP)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

No pagas nada

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario ¹

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

Servicios ambulatorios en el hospital ¹

- Red Preferida: **No pagas nada**
 - Unidad Dorada: **No pagas nada**
 - Red General: **\$50** de copago
- \$25** de copago

Centros de cirugía ambulatoria ¹

No pagas nada

Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas)

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Especialistas ³

- **No pagas nada**
- Red Preferida: **No pagas nada**
- Red General: **No pagas nada**

Cuidado preventivo ¹

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

No pagas nada

Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios

Cuidado de emergencias

Si eres admitido al hospital dentro de un (1) día por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Vea la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos).

Límite máximo del Plan **\$500** para cubierta mundial.

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

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan **\$500** para cubierta mundial.

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

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo (HMO C-SNP)

Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología ¹

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

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

Servicios de audición/Servicios dentales /Servicios de visión

Servicios de audición ¹

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

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

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$1,000 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales ¹

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

*Ciertos límites y restricciones pueden aplicar.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$2,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión ¹

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

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

- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo
(HMO C-SNP)

Cuidado de salud mental ¹

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

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

- **\$50** de copago
- **\$0-\$7** de copago
- **\$0-\$7** de copago

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$25 mensual

Centro de enfermería especializada ¹ (SNF, por sus siglas en inglés)

100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física ¹

\$4 de copago

Ambulancia

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria ¹

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

No pagas nada

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

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B. Pudieras observar un coaseguro menor al 20% para algunos medicamentos de quimioterapia y Parte B con precios que hayan aumentado más rápido que la tasa de inflación.

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$20** copago

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo
(HMO C-SNP)

Cuidado del pie ^{1,3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarios.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Equipo médico duradero / Suministros médicos ¹

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

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ¹

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

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

\$750 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

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

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

No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo
(HMO C-SNP)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²

- **\$7** de copago

Nutricionista

No pagas nada

6 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata
- Artículos Homeopáticos / Medicina Natural

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

• No pagas nada

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo
(HMO C-SNP)

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.
- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

MMM Flexi Card ⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC
- Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria, y membresía de gimnasio)
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Servicios de cuidado personal, como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / anti-manchas
- Electrodomésticos
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)

\$15 mensual

Recibirás una tarjeta en la cual se depositará la cantidad asignada cada mes. El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2025. Tu elegibilidad se determinará después de afiliarte al plan. Para poder recibir este beneficio, tienes que tener una de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado.

MMM Asistencia ⁴

Eres elegible para **12** servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera*
- Reparaciones menores en el hogar*.
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla, para interior o exterior, por semestre (dos (2) al año)).
- Para más detalles, refiérete a tu Evidencia de Cubierta.

*Se cubre una cantidad máxima de **\$300** por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar.

Límites y restricciones pueden aplicar.

No pagas nada

Resumen de Beneficios

Cubierta (HMO C-SNP)

MMM Supremo - Medicamentos Recetados

ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca No Preferida	\$20 de copago \$10 de copago para insulina	\$40 de copago \$20 de copago para insulina
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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

Beneficios	MMM Supremo (HMO C-SNP)
Genéricos Preferidos	\$0
Genéricos	\$0
Marca Preferida	\$0
Marca No Preferida	\$20 \$10 para insulinas
Medicamentos Especializados Preferidos	25% \$35 para insulina
Medicamentos Especializados	33%
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2025. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

***Beneficios
más allá
de Medicare
Original***



caminamosjuntos





MULTICLÍNICA

Conoce nuestra **red de clínicas** **con especialistas, ¡hechas pa' ti!**

Consigue **tus especialistas en un solo lugar**, para recibir un cuidado de primera de forma conveniente y ágil.



**Transportación
ilimitada**

a tus citas desde y hacia
las Multiclínicas



Consigue tus
**citas en tiempo
razonable**



Abierto de
**lunes
a viernes**

Tenemos **múltiples clínicas alrededor de la Isla**, para brindarte cuidado especializado, accesible y exclusivo para nuestros afiliados de MMM.



Más de **15 de las especialidades de mayor demanda en Puerto Rico**, entre ellas:

- Cardiología
- Nefrología
- Psicología
- Dermatología
- Neumología
- Reumatología
- Endocrinología
- Neurología
- Urología
- Farmacéutico
- Nutrición
- Uroginecología
- Gastroenterología
- Oftalmología
- Ginecología
- Podiatría



COPAGO

en todos los servicios*

**¡Sin
referido!**

*Servicios varían por clínica. Otros proveedores están disponibles en nuestra red.
Exclusivas para Afiliados de MMM.



MULTICLÍNICA

***Te llevamos
gratis a
tus citas.***

¡Llegarás a tiempo!

Por ser afiliado(a) de MMM, tienes transportación ilimitada a tus citas en cualquiera de las Multiclínicas alrededor de la Isla.

Además, puedes llevar un acompañante, si es mayor de 18 años.

Mira más información sobre el programa **MMM a Tu Cita** en la página 72.



Solo tienes que solicitar el servicio, **al menos 5 días antes de la cita.**



Servicios dentales en Multiclínicas participantes.



MMM Multiclínica fortalece continuamente su red, ahora con beneficios y servicios para tu salud oral.

Para la conveniencia de nuestros afiliados, coordinamos esta atención con los expertos en salud oral: **Masters Dental Clinic**.

Al momento, puedes recibir servicios como:



Implantes



Limpieza



Puentes

en las instalaciones de **Masters Dental Clinic** en **Humacao, Aibonito y Canóvanas**.



en **servicios dentales coordinados** para **afiliados de MMM** a través de

MMM Multiclínica

Sujeto al límite máximo de tu cubierta con MMM.



CENTRO DE
URGENCIA

*Para cuando
necesites
**atención
inmediata.***

***En cualquier momento,
puede surgir una necesidad
médica inesperada.***

La red **MMM Centros de Urgencia** alrededor de la Isla atiende casos que ameritan cuidado, pero no requieren una sala de emergencia.

Tenemos más de 70 Centros de Urgencia que atienden a nuestros afiliados con alguna lesión o malestar menos grave, cuando no tienen acceso inmediato a su médico de cabecera.



COPAGO

**en todos
los servicios**

Contamos con alrededor de
70 CENTROS
disponibles para ti.



Visita tu Centro de Urgencia más cercano si tienes:

Síntomas:

- Tos/gripe
- Problemas respiratorios menores
- Fiebre y dolores musculares
- Mareos leves
- Indigestión
- Quemaduras leves
- Virus estomacal
- Dolor abdominal leve o moderado
- Dolor de oído o de cabeza
- Erupción en la piel y reacciones alérgicas
- Otros tipos de malestar general que no pongan en riesgo la vida
- Entre otras

Además:

- Cuidado y tratamiento coordinado con el médico primario.
- Servicios de laboratorio y/o rayos X
- Horarios extendidos, algunos centros abiertos las 24 horas
- Atención más rápida que en una sala de emergencia

Consigue las localidades de los diferentes Centros en el Directorio de Proveedores y Farmacias, en nuestra página de Internet, o escaneando el código QR





UNIDAD
DORADA

Un sistema completo de atención en el hospital

La **Unidad Dorada** en hospitales participantes trabaja para que tanto el paciente como su acompañante tengan la mejor experiencia posible, durante y después de la hospitalización.



EXCLUSIVO PARA AFILIADOS DE MMM

OFRECEMOS:

Durante la hospitalización:

- Kit con artículos para facilitar la estadía en el hospital
- Personal clínico y administrativo de MMM en seguimiento al tratamiento
- Médico especializado en úlceras
- Servicios de salud mental y trabajo social, si es necesario

Después del alta:

- Planificadores de alta
- Coordinación de citas, servicios y equipo médico para después del alta
- Medicamentos recetados a la mano al salir del hospital
- Mucho más



**Tu acompañante o cuidador
tendrá acceso al salón de
descanso donde podrá tomar
café, ver televisión, o leer
durante tu estadía.**



Hospitales participantes

- Bayamón Medical Center
- Doctor's Center, Carolina
- Hospital Pavía, Caguas
- Hospital Pavía, Santurce
- Manatí Medical Center
- Mayagüez Medical Center
- Hospital Episcopal San Lucas, Ponce

98%* **de nuestros afiliados están satisfechos con
los servicios que reciben en la Unidad Dorada**

*Dato obtenido de la encuesta realizada a pacientes y cuidadores al momento del alta en la Unidad Dorada de MMM.



FLEXI CARD

**Más acceso
a productos
y servicios.**

**¡LA CONVENIENCIA
DE TENER MÁS!**



El dinero que no uses, lo **acumulas para el próximo mes** durante el año de cubierta 2025.

¡Tan simple como esto!

Este beneficio varía por cubierta. Recibirás una tarjeta en la que se depositará la cantidad asignada cada mes. Límites y restricciones pueden aplicar. Tu elegibilidad se determinará después de afiliarte al plan. Para poder recibir este beneficio, tienes que tener una de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado.

Esta es la tarjeta para afiliados de MMM

que puedes usar en una gran variedad de lugares, para pagar por una extensa lista de productos y servicios.

Con la **MMM Flexi Card**, puedes pagar por:



Alimentos y provisiones en supermercados



Gasolina



Comidas preparadas



Artículos OTC



Entretenimiento



Artículos de ferretería



Artículos de jardinería



Artículos para cuidado de mascotas

y ahora con los nuevos usos:



Audífonos



Monturas y lentes para espejuelos



Servicios dentales comprensivos



Gimnasio

Para ver la lista de todos los comercios participantes, escanea el código QR





***¡Fácil y
conveniente!***



**ES TAN FÁCIL
COMO:**

1 
ESCOGE

2 
ORDENA

3 
RECIBE

Aprovecha el Programa **OTC a Tu Puerta**, con el que puedes seleccionar de entre **más de 400 artículos** de nuestro catálogo.

✓ **Puedes ordenar**

A través de la **Aplicación Móvil MMM**, donde también puedes ver el **Catálogo** más actualizado o por teléfono.

✓ **Puedes recibir tus artículos**

- ¡Justo a la puerta de tu casa!
En 5 días laborables o menos.
- En tu farmacia favorita de la red.

Beneficio varía por cubierta



Disfruta este beneficio, hecho pa' ti.

Con la conveniencia de una extensa variedad de artículos de uso frecuente **que llegarán directamente a tu hogar.**

✓ **Productos Naturales**

✓ **Productos de Marca**

✓ **y muchos más**

Para ver el Catálogo 2025,
escanea el código QR



Mira la página 75 para más detalles sobre la Aplicación Móvil MMM y cómo puedes descargarla, para que aproveches el programa OTC a Tu Puerta.



ASISTENCIA

*¡Estamos
para lo que
necesites!*

En tu casa:



Plomería

Destape de tuberías sanitarias.



Cerrajería

Reestablecer acceso a tu residencia.



Electricidad

Cambio de *breakers* a causa de corto circuito.



Fumigación sencilla

Contra hormigas y cucarachas, en el interior o exterior del hogar.

Limitado a fumigación sencilla contra hormigas y cucarachas, en interior y exterior del hogar (eventos separados). Una (1) cada semestre. Dos (2) por año.

En la carretera¹:



Gomas

Cambio de goma vacía por goma de repuesto.



Cerrajería

Recuperar acceso a tu vehículo.



Gasolina

Suministro de gasolina hasta dos (2) galones.



Grúa

Servicio de grúa o remolque hasta 65 millas de distancia



Batería

Recarga de batería.



Extracción

Extracción de vehículo.

1. El vehículo debe tener 15 años o menos.

Doce (12) servicios, \$300 por evento para asistencia en la carretera y/o reparaciones menores en el hogar. Límites y restricciones pueden aplicar. Para ser elegible a este beneficio, tienes que utilizar el proveedor contratado por el plan. Tu elegibilidad se determinará después de afiliarte al plan. Para poder recibir este beneficio, tienes que tener una de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado.



 **ORLANDO**
FAMILY PHYSICIANS

*Porque viajar es lo tuyo, **te cubrimos hasta en la Florida.***

COMO AFILIADO DE MMM,

tendrás acceso a los cuidados y servicios médicos de **Orlando Family Physicians**, el grupo médico hispano más grande en la Florida Central.

En los centros de Orlando Family Physicians:



Pagas lo mismo que en Puerto Rico sin alterar la cubierta en o fuera de la red.



Te atienden **médicos primarios y especialistas.**



Tienen **acceso a tus récords de salud**, para un cuidado médico coordinado.

Para más información sobre los servicios y dónde los puedes encontrar, escanea el código QR.





A TU CITA

¿Estás a pie?
Con **MMM**, llegas
A TU CITA

Con este servicio, nos encargamos de enviarte un chofer para que te lleve a tu cita médica, laboratorio o centro de estudios clínicos.

Llegas a tiempo, cómodo y seguro.

Para coordinar el servicio, tan solo

1 **Obtén una cita médica**
con tu proveedor de salud.

2 **Llámanos 5 días** laborables
antes de tu cita.

iPendiente! Te enviaremos un enlace por texto para que sepas por dónde va el chofer que te recogerá.

Recuerda solicitar el servicio
al menos 5 días antes de la cita.



ESPEJUELOS

*¡Para
verte
mejor!*

Como afiliado de MMM, tendrás hasta **\$1,000** en la cubierta de visión para espejuelos y/o lentes de contacto.

Además, puedes escoger:



**Lentes regulares,
bifocales, trifocales
o de transición**



**Reparación
de espejuelos**



**Tratamientos
antirreflectivos y
contra rayazos**



**Variedad
de monturas**



**Ópticas dentro
de nuestra red**

Beneficio varía por cubierta.



DENTAL COMPRESIVO

**Una sonrisa
hermosa**
empieza con una
boca saludable.

Para que recibas un excelente cuidado oral,
tienes disponibles estos servicios:



Coronas



**Puentes
fijos**



**Remoción
de torus**



Implantes



**Cirugía
ósea**



Frenectomía

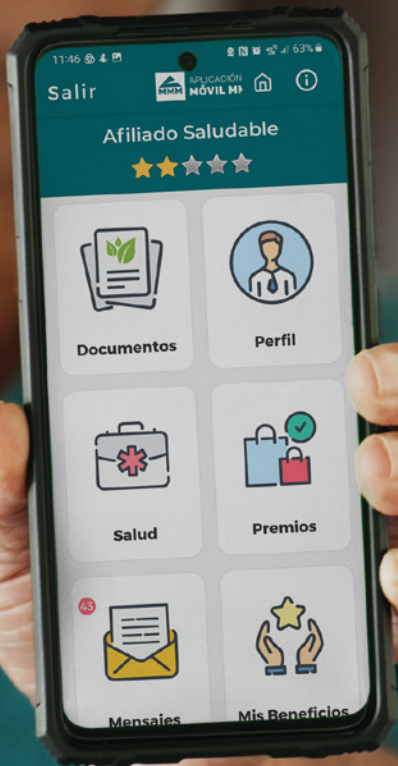


**Dentadura
parcial**



**Dentadura
completa**

Reglas de autorización pueden aplicar para los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no es aplicable ni a servicios preventivos ni diagnósticos, ni a servicios cubiertos por Medicare. Límites y restricciones pueden aplicar.



APLICACIÓN
MÓVIL MMM

Tecnología a tu alcance

Ten a mano tu
información de salud.

PODRÁS VER:



La versión digital de
la **tarjeta del plan**



El estatus de tus
preautorizaciones



El directorio de
Proveedores y
Farmacias de la red



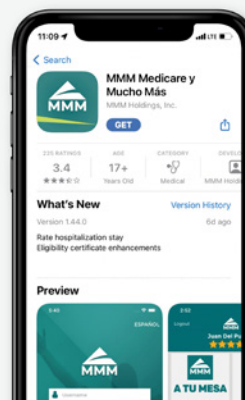
**El Catálogo OTC a
Tu Puerta** y hacer
tu pedido



Periódico digital

**Una aplicación segura,
fácil de usar,** donde podrás
tener acceso a los datos, tal
y como aparecen en los
sistemas del plan.

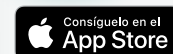
Además, puedes realizar gestiones como solicitar
duplicado de la tarjeta, solicitar reembolsos,
solicitar recompensas por cumplir con medidas
preventivas, solicitar servicios de **MMM Asistencia**
y mucho más.

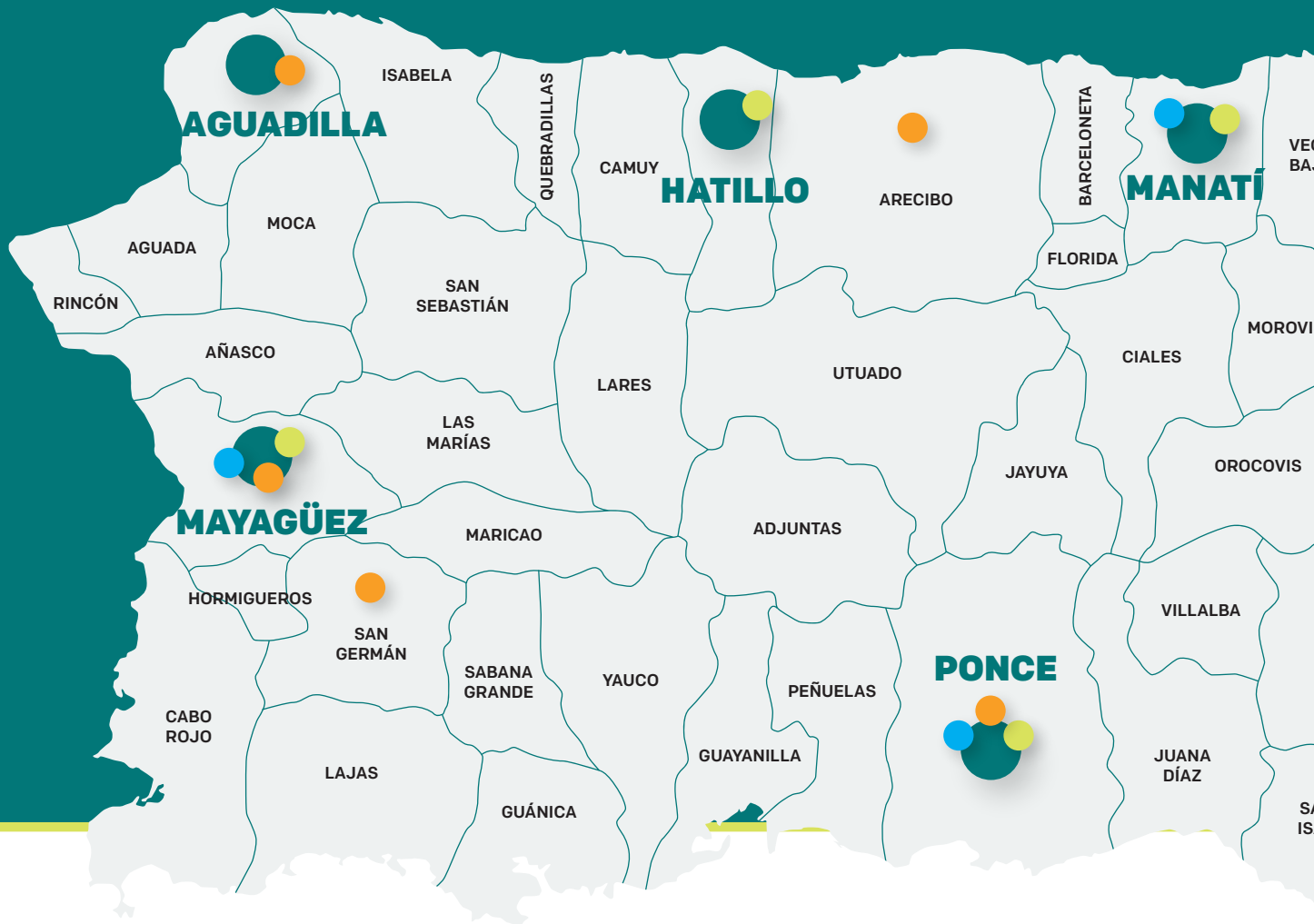


iDescárgala hoy en tu
celular o tableta!



**MMM Medicare
y Mucho Más**
MMM Holdings, Inc.





● Oficinas MMM Regionales

● MMM Members Club

Contactos de **Oficinas de Servicio**

Aguadilla

787-622-3000 ext. 57010

Bayamón

787-622-3000 ext. 57040

Caguas

787-622-3000 ext. 57100

Canóvanas

787-622-3000 ext. 57070

Carolina

787-622-3000 ext. 57060

Guayama

787-622-3000 ext. 57110



MMM
Multiclínica

MMM
Unidad Dorada

Hatillo

787-622-3000 ext. 57020

Mayagüez

787-622-3000 ext. 57130

Humacao

787-622-3000 ext. 57090

Ponce

787-622-3000 ext. 57120

Manatí

787-622-3000 ext. 57030

San Juan

787-622-3000 ext. 8100

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

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

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

PARTE A:

Cubierta de hospital te cubre:

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

PARTE B:

Cubierta médica; ayuda a cubrir:

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

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

PARTE C:

Planes Medicare Advantage

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



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

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

Los planes Medicare Advantage pueden ayudar a cubrir:

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

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

PARTE D:

Cubierta de Medicamentos Recetados

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

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

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

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

Períodos de Afiliación

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



Período de Afiliación Anual 15 de octubre al 7 de diciembre

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



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

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

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



Período Cerrado 1 de abril al 14 de octubre

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



Período de Afiliación Inicial

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

Este período dura siete (7) meses:

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



Período de Afiliación Especial

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



Período de Afiliación Especial para Individuos Duales

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación solo durante algunos momentos del año. Si usted tiene Medicaid, pudiese cancelar su afiliación en nuestro plan en cualquier momento del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, que incluyen:

- Medicare Original con un plan Medicare aparte de medicamentos recetados.
- Medicare Original sin un plan Medicare aparte de medicamentos recetados.
(Si escoge esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan, a menos que usted haya declinado la inscripción automática)
ó
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinde su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

¿Qué es lo próximo?



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



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



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



Lista de Requisitos de Elegibilidad para MMM Flexi Card y MMM Asistencia MMM Healthcare, LLC. (MMM) - HMO-POS, HMO C-SNP

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

- **Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga**
- **Desórdenes autoinmunes, limitados a:**
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Artritis reumatoide
 - Lupus sistémico eritematoso
- **Cáncer** (excepto condiciones precancerosas o carcinoma *in-situ* que no se ha extendido).
- **Desórdenes cardiovasculares, limitados a:**
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Enfermedad vascular periférica
 - 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
- **VIH/SIDA**
- **Desórdenes pulmonares crónicos, limitados a:**
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar
- **Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental, limitadas a:**
 - Desórdenes de bipolaridad
 - Desórdenes de depresión mayor
 - Paranoia
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
- **Desórdenes neurológicos, limitados a:**
 - Enfermedad de Huntington
 - Enfermedad de Parkinson
 - Epilepsia
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Esclerosis múltiple
 - Estenosis espinal
 - Parálisis extensiva (como hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
 - Polineuropatía
- **Derrame Cerebral**
- **Déficit neurológico relacionado con derrame cerebral**
- **Desórdenes gastrointestinales crónicos** (Ej. colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn)
- **Desórdenes nutricionales crónicos** (Ej. obesidad mórbida, obesidad clase 2 o mayor)
- **Etapas 3 y 4 de la enfermedad renal crónica**
- **Hiperlipidemia** (aumento de colesterol y/o triglicéridos en la sangre)
- **Hipertensión** (aumento de presión arterial)

Tu elegibilidad se determinará después de afiliarte al plan. Para poder recibir este beneficio, debes tener una de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado. MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Y0049_2025 1099 0009 I_C



Lista de Cotejo Pre- Afiliación

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

Entendiendo los beneficios

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

Entendiendo Reglas Importantes

- Efecto sobre la cubierta actual**
Su cubierta de atención médica actual terminará una vez que comience su nueva cubierta de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cubierta.
- Además de la prima mensual del plan, usted tendrá que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se la descuentan de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Beneficios, primas y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en emergencias o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios fuera de la red de proveedores (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).



Para planes HMO-POS

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

Para planes C-SNP

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

Para planes D-SNP

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



La discriminación es ilegal

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares apropiados gratis y servicios para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información impresa escrita en otros formatos (letra agrandada, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios de asistencia lingüísticas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, que pueden incluir:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información impresa escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

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

También puede presentar una querrela de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o 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 querrela en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화1-866-333-5470 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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

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

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

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

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

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-5470 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

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

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

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

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



PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014



¡HECHO PA' MÍ!

Representante de ventas:

Teléfono: _____

Cubierta: _____

1-833-647-9555

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

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



www.mmmpr.com



Si eres afiliado de MMM, llama a Servicios al Afiliado al: **1-866-333-5470** (libre de cargos),
TTY: **711** (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.