



Resumen de Beneficios

2026

**Beneficiario de
Medicare**

Cubiertas HMO-POS, HMO C-SNP



Pa'
i g'fecho
mumú!

Cuando afirmamos que **MMM es un plan hecho pa' ti,** lo decimos en serio.

Por eso, trabajamos para superar tus expectativas, aplicando elementos de innovación y flexibilidad en el diseño de tus beneficios y programas innovadores. Te escuchamos y respondemos para brindarte lo que más necesitas.



Nuestra red MMM

Multiclínica, que facilita el cuidado de especialistas en un solo lugar, con transportación incluida, ida y vuelta.*



La Unidad Dorada de MMM

en hospitales participantes, para atención superior que se ha ganado la satisfacción de los afiliados en el **99%** de los casos.**



Los Centros de Urgencias

MMM, a los que puedes acudir para recibir cuidado cuando surge una situación de salud inesperada y no puedes esperar por una cita.

A continuación, explora un resumen de tus beneficios como parte del plan pionero en Medicare Advantage en Puerto Rico:



COPAGO

En **MMM Multiclínica, MMM Unidad Dorada y Centros de Urgencias MMM**



Apoyo para **pagar tu compra*****†



Convenientes cubiertas para **espejos*****



Entrega de productos **OTC a tu casa*****

¡GRACIAS! Por seleccionarnos como tu plan de salud: honraremos tu confianza con el compromiso que nos ha caracterizado por los pasados 25 años.

Recuerda que la información completa y detallada está en la Evidencia de Cubierta.

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

Departamento de Ventas al:

787-620-2396

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.



*Servicios varían por clínica. Otros proveedores disponibles en la red. Exclusivo para afiliados de MMM. **Dato obtenido de la encuesta realizada a pacientes y cuidadores al momento del alta en la Unidad Dorada de MMM. ***Beneficio varía por cubierta. †Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría calificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

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 médicos, 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, las opciones de proveedores y los 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 DEL 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 hacerse 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 en 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: **787-620-2396**, o 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: **787-620-2397** o 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 en 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 en 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 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.

Además, contamos con cubiertas regionales, con acceso a servicios a través de toda la Isla:

■ **MMM Balance (HMO-POS),**

Zona 1

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

Zona 2

Adjuntas, Barceloneta, Cabo Rojo, Ciales, Corozal, Florida, Guánica, Hormigueros, Jayuya, Lajas, Lares, Las Marías, Manatí, Maricao, Mayagüez, Morovis, Orocovi, Sabana Grande, San Germán, Vega Alta, Vega Baja y Yauco.

Zona 3

Aguas Buenas, Aibonito, Arroyo, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Cidra, Coamo, Comerío, Culebra, Dorado, Fajardo, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Humacao, Juana Díaz, Juncos, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Maunabo, Naguabo, Naranjito, Patillas, Peñuelas, Ponce, Río Grande, Salinas, San Juan, San Lorenzo, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vieques, Villalba y Yabucoa.

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un ¹ pueden requerir preautorización. Servicios con un ² son beneficios 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 2026”**.

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 y coaseguros).

MMM Elite (HMO-POS)

MMM Plenitud (HMO-POS)

MMM Grandioso (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.

No pagas nada

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

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

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

\$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, 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.

- **\$75** 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)

\$0

No pagas nada

\$3,250

- 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**

No pagas nada

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

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

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso
(HMO-POS)

\$0

No pagas nada

\$3,250

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

\$75 de copago

No pagas nada

- **No pagas nada**
- Red Preferida: **\$0-\$3** de copago
Red General: **\$0-\$5** de copago

No pagas nada

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

- **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 diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- 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 (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) 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 aplican.

- **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 (1) 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)

- **\$0-\$40** 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.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso (HMO-POS)

- **\$0-\$50** 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**
- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo

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.

- **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.

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 ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

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)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física^{1,2}

No pagas nada

Ambulancia²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*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.

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

No pagas nada

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

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

\$44 mensual

No pagas nada

\$4 de copago

No pagas nada

No pagas nada

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

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

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

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

\$7 mensual

No pagas nada

\$5 de copago

No pagas nada

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
- **\$15** 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 suplementarios.

- **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 diabéticos

- **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. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, 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

\$120 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud

(HMO-POS)

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

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

No pagas nada

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

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

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

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

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

No pagas nada

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

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

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 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

• No pagas nada

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

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, 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

\$120 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)

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

No pagas nada

6 visitas por año.

• **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 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)

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

No pagas nada

6 visitas por año.

• **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 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 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, 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

\$120 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 Card⁴

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

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- 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)
- Copagos y coaseguros

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

\$20 mensual

MMM Asistencia⁴

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

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).

Hasta doce (12) servicios. **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento aplican para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Control de plagas (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar.

No pagas nada

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Plenitud

(HMO-POS)

No pagas nada

\$40 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

\$50 mensual

No pagas nada

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

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

\$100 mensual

No pagas nada

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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	\$35 de copago para insulina 25% del costo	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 \$2,100 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 6 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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$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 \$2,100 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 6 pastillas al mes.

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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$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 \$2,100 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**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

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

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2026. 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 y coaseguros).

MMM Balance (HMO-POS)

- Zona 1
- Zona 2
- Zona 3



Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

No pagas nada

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

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

Servicios ambulatorios en el hospital^{1,2}

\$50 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: **No pagas nada**
- 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, 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.

- **\$75** 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 Balance
Zona 2 (HMO-POS)

\$0

No pagas nada

\$3,250

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

\$50 de copago

No pagas nada

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

No pagas nada

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

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

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 3 (HMO-POS)

\$0

No pagas nada

\$3,250

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

\$50 de copago

No pagas nada

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

No pagas nada

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

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

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

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

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- 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 (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) 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
 - Removable*
 - Puente fijo*
 - Implantes*

*Ciertos límites y restricciones aplican.

- **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.

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 (1) 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 Balance **Zona 2** (HMO-POS)

- **\$0-\$40** 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 **\$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.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 3** (HMO-POS)

- **\$0-\$40** 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 **\$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.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

Cuidado de salud mental^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

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

\$51 mensual

Cuidado de enfermería especializada^{1,2}

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física^{1,2}

\$4 de copago

Ambulancia²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*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.

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

No pagas nada

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

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
- **\$8** copago

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 2 (HMO-POS)

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

\$51 mensual

No pagas nada

\$4 de copago

No pagas nada

No pagas nada

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

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$8** copago

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 3 (HMO-POS)

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

\$51 mensual

No pagas nada

\$4 de copago

No pagas nada

No pagas nada

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

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$8** copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (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 suplementarios.

- **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 diabéticos

- **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

- **\$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. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, 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 artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance Zona 2 (HMO-POS)

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

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

No pagas nada

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

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

No pagas nada

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

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance Zona 3 (HMO-POS)

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

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

No pagas nada

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

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

No pagas nada

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

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (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

6 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata

No pagas nada

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

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, 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 Balance Zona 2 (HMO-POS)

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

No pagas nada

6 visitas por año.

• 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 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 Balance Zona 3 (HMO-POS)

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

No pagas nada

6 visitas por año.

• 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 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 Balance
Zona 1 (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, 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 usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

MMM Flexi Card⁴

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

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- 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)
- Copagos y coaseguros

\$85 mensual

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

MMM Asistencia⁴

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

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).

Hasta doce (12) servicios, **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento aplican para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Control de plagas (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar.

No pagas nada

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 2** (HMO-POS)

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

\$70 mensual

No pagas nada

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 3** (HMO-POS)

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

\$45 mensual

No pagas nada

Resumen de Beneficios

Cubierta
(HMO-POS)

MMM Balance Zonas 1, 2 y 3 - 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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$6 de copago	\$12 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$8 de copago	\$16 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 \$2,100 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**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	MMM Balance Zona 1 (HMO-POS)	MMM Balance Zona 2 (HMO-POS)	MMM Balance Zona 3 (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0
Genéricos	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$6	\$6	\$6
Medicamentos No Preferidos	\$8	\$8	\$8
Medicamentos Especializados Preferidos	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina	25% \$35 para insulina
Medicamentos Especializados	33%	33%	33%
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2026. 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 y coaseguros).

MMM Valioso (HMO-POS)

MMM Deluxe (HMO-POS)

MMM Mega Flex (HMO-POS)

PMC Max (HMO-POS)



Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso
(HMO-POS)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

No pagas nada

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

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

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

\$100 de copago

Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}

\$100 de copago

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-\$10** 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, 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.

- **\$75** 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

<div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> MMM Deluxe (HMO-POS)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> MMM Mega Flex (HMO-POS)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 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: No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago <p>\$25 de copago</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago <p>\$75 de copago</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago <p>\$25 de copago</p>
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • Red Preferida: \$0-\$5 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 Valioso
(HMO-POS)

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

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$60** 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 (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

- **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.

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 aplican.

- **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.

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 (1) examen rutinario de visión suplementario por año.

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

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

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (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-\$40 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
- **No cubierto**
- **No cubierto**

- **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 **\$1,500** 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 cubierto**

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

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

\$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 Valioso
(HMO-POS)

Cuidado de salud mental^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

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".

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

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$115 mensual

Cuidado de enfermería especializada^{1,2}

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física^{1,2}

\$10 de copago

Ambulancia²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*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.

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.

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
- **\$18** copago

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$7 de copago • \$0-\$7 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago
\$155 mensual	\$4 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 Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.	No pagas nada Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.	No pagas nada 12 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$12 copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$15 copago 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$8 copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso
(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 suplementarios.

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

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

- **\$10** de copago
- **\$10** 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. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, 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 cubierto

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (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-\$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"> • 0%-20% del costo • 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 	<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>\$25 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 Valioso
(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

6 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata

• No pagas nada

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

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, 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 cubierto

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (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. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada 12 visitas suplementarias al naturópata por año. 	<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 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

No cubierto

No pagas nada

\$75 mensuales 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 Valioso
(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, 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 cubierto

MMM Flexi Card⁴

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

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- 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)
- Copagos y coaseguros

\$15 mensual

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

MMM Asistencia⁴

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

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).

Hasta doce (12) servicios. **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento aplican para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Control de plagas (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar.

No pagas nada

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO-POS)
<p>No pagas nada \$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>	<p>No pagas nada \$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
<p>\$10 mensual</p>	<p>\$190 mensual</p>	<p>\$75 mensual</p>
<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>No pagas nada</p>

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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$18 de copago	\$36 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 \$2,100 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 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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$12 de copago	\$24 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 \$2,100 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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$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 \$2,100 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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$6 de copago	\$12 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$8 de copago	\$16 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 \$2,100 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 6 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**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	MMM Valioso (HMO-POS)	MMM Deluxe (HMO-POS)	MMM Mega Flex (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0
Genéricos	\$0	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$8	\$8	\$10	\$6
Medicamentos No Preferidos	\$18	\$12	\$15	\$8
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	6 pastillas al mes

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2026. 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.

No pagas nada

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario¹

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

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

Servicios ambulatorios en el hospital¹

\$25 de copago

Centros de cirugía ambulatoria¹

No pagas nada

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

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Especialistas³

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

Cuidado preventivo¹

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.

- **\$75** 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/Radiología¹

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- 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 audición¹

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

Un (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) 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 dentales¹

- 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 aplican.

- **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 visión¹

- 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 (1) 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.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Supremo
(HMO C-SNP)

Cuidado de salud mental¹

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

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

Cuidado de enfermería especializada¹

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física¹

\$4 de copago

Ambulancia

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*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.

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

No pagas nada

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

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

- 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 suplementarias.

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

Equipo médico duradero / Suministros médicos¹

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

- **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 quiropráctico¹

- 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. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, 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

\$55 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

- **\$7** de copago

Nutricionista

No pagas nada

6 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata

• **No pagas nada**

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

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, 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

\$55 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

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, 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

\$55 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 Card⁴

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

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- 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)
- Copagos y coaseguros

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

\$65 mensual

MMM Asistencia⁴

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

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).

Hasta doce (12) servicios. **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento aplican para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Control de plagas (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar.

No pagas nada

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

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 \$2,100)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$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 \$2,100 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**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	MMM Supremo (HMO C-SNP)
Genéricos Preferidos	\$0
Genéricos	\$0
Marca Preferida	\$0
Medicamentos No Preferidos	\$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 2026. 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***







MULTICLÍNICA

Conoce la red de clínicas con especialistas en un solo lugar.



Transportación **ILIMITADA**

a tus citas desde y hacia la

MMM Multiclínica



En todos los servicios **isin referido!**



Consigue tus citas en tiempo **razonable**

Más de 15 de las especialidades de mayor demanda en Puerto Rico:

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

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



Tenemos multiclínicas alrededor de la Isla con un cuidado exclusivo **HECHO PA' TI.**

787-522-CITA (2482)

Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.



ASISTENCIA

¡Estamos para lo que necesites!*



En tu casa:



Enseres¹ ¡NUEVO!

Reparación de enseres como neveras y estufas.



Plomería

Destape de tuberías sanitarias.



Cerrajería

Reestablecer acceso a tu residencia.



Electricidad

Cambio de *breakers* a causa de corto circuito.



Fumigación sencilla²

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

*Sujeto a cualificación. Hasta doce (12) servicios, \$300 por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. \$200 por evento aplican para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Control de plagas (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar. 1. Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre. Dos (2) por año. El enser debe tener 10 años o menos. 2. Limitado a fumigación sencilla contra hormigas y cucarachas, en interior y exterior del hogar (eventos separados). Una (1) cada semestre. Dos (2) por año. 3. El vehículo tiene que tener 15 años o menos.



En la carretera³:



Gomas

Cambio de goma vacía por goma de repuesto.



Gasolina

Suministro de gasolina hasta dos (2) galones.



Batería

Recarga de batería.



Cerrajería

Recuperar acceso a tu vehículo.



Grúa

Servicio de grúa o remolque hasta 65 millas de distancia.



Extracción

Extracción de vehículo.

Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.



FLEXI CARD

Siente la
confianza
de usarla



¡Para tu compra!



¡ACUMULAS!

¡El dinero que no uses,
lo acumulas para el
próximo mes!

Recibirás una tarjeta en la que se depositará la cantidad asignada cada mes. Lo que no utilices, pasa al próximo mes durante el año contrato 2026. Límites y restricciones pueden aplicar. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

Más acceso a productos y servicios

Una herramienta **HECHA PA' TI**, para que la uses a tu favor, en lo que realmente importa. Exclusiva para afiliados de MMM.

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



Con la **MMM Flexi Card**,[®] puedes pagar:



Alimentos y provisiones en supermercados



Gasolina



Comidas preparadas



Artículos OTC



Artículos de ferretería



Artículos de jardinería



Entretenimiento



Gimnasio



***Siente la tranquilidad
de recibir tus OTC***

DIRECTO A TU

HOGAR

sin filas, sin complicaciones
y en **5 días** laborables o menos.

***También puedes recogerlos en tu
FARMACIA
favorita***



Escanea el código QR donde puedes ordenar más de 400 artículos esenciales del **Catálogo 2026**.



Disfruta este beneficio **HECHO PA' TI.**

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

✓ **Productos Naturales**

✓ **Productos de Marca**

✓ **y muchos más**

Haz tu orden a través de la



APLICACIÓN
MÓVIL MMM

Ordena llamando al:

787-272-7030

lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Beneficio varía por cubierta. Mira la página 91 para más detalles sobre la Aplicación Móvil MMM y cómo puedes descargarla, para que aproveches el programa OTC a Tu Puerta.



UNIDAD
DORADA



**Un sistema
completo
de atención
en el hospital**

**\$0
COPAGO**



Nuestra coordinación de servicios facilita los procesos de hospitalización y alta para el afiliado.



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*

Ofrecemos:

Durante la hospitalización:

- Artículos para facilitar la estadía en el hospital, según necesidad
- 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



CENTRO DE
URGENCIA



Para cuando necesites atención inmediata

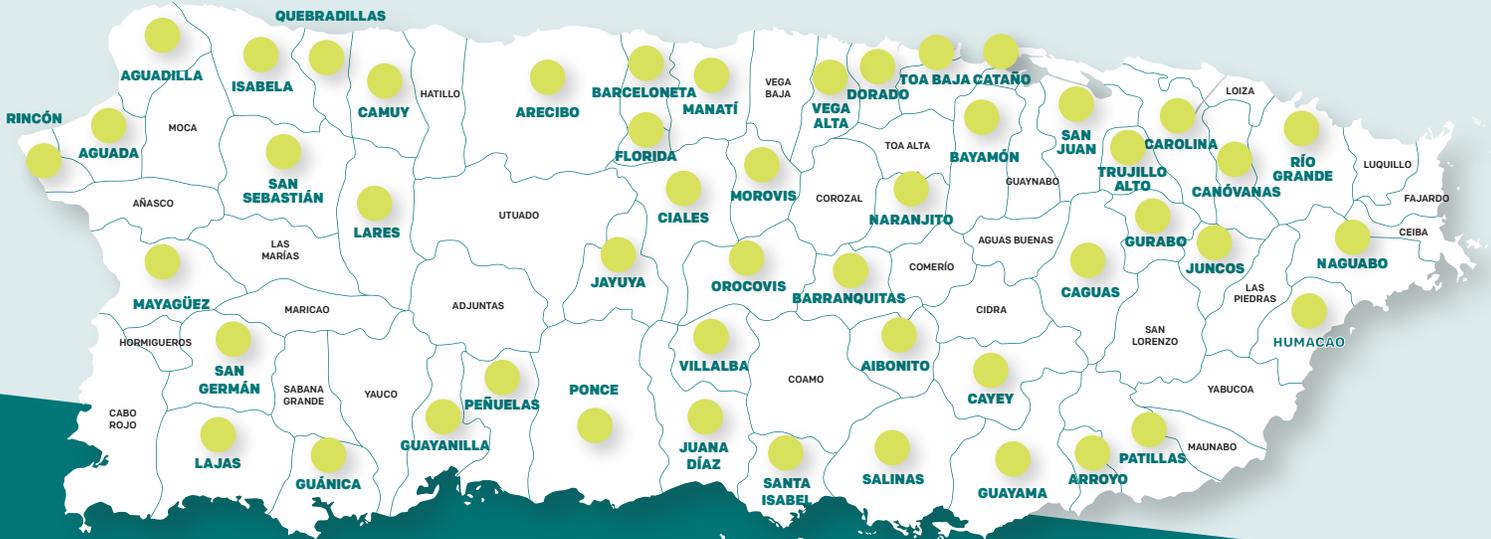
**Los Centros de Urgencia de
MMM te atienden sin cita,**

para esos momentos
inesperados en los que no puedes
ver a tu médico de cabecera, pero
tampoco necesitas ir a sala de
emergencias.



**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 otros

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 en Internet,

o escaneando el código QR:





MULTICLÍNICA



Servicios dentales en Multiclínicas participantes



MMM Multiclínica ofrece la opción de recibir atención de salud oral coordinada con los expertos de **Masters Dental Clinic**.

Puedes obtener 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.



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.**

En los centros de grupo médico:



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**

Móntate, que te llevamos.



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

Te facilitamos el viaje; ve 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.**

Beneficio varía por cubierta. La transportación a la MMM Multiclínica (ida y vuelta) es ilimitada en todas las cubiertas.

ESPEJUELOS

¡Para que veas
tu mejor versión!



Con tu cubierta de visión para espejuelos
y/o lentes de contacto, puedes escoger:



*Lentes regulares,
bifocales, trifocales
o de transición*



*Reparación
de espejuelos*



*Tratamientos
antirreflexivos y
contra rayazos*



*Variedad
de monturas*



*Ópticas dentro
de nuestra red*

DENTAL COMPRESIVO

Tu mejor sonrisa
empieza con
buen cuidado.



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



Coronas



*Puentes
fijos*



*Remoción
de torus*



Implantes



*Cirugía
ósea*



Frenectomía



*Dentadura
parcial*



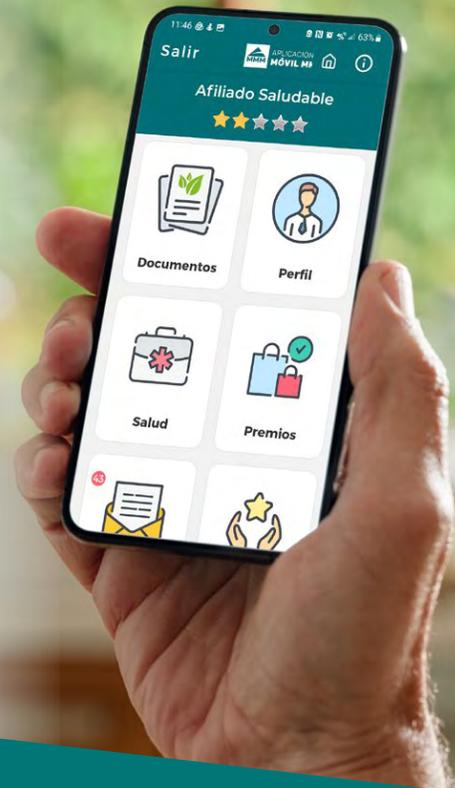
*Dentadura
completa*

Reglas de autorización pueden aplicar para los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. 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

Salud en la palma de tu mano.



Una aplicación para hacer solicitudes,
acceder a tus servicios y mucho más.

¡NUEVO!

ACTIVIDADES PENDIENTES

Mantente al día con tu cuidado preventivo:



Exámenes Preventivos



Citas Médicas



Examen de Salud Anual

**Además,
podrás ver:**

- La tarjeta del plan digital
- Estatus de preautorizaciones
- Catálogo OTC a Tu Puerta y ordenar

- MMM Ambiente
- MMM Juegos

**¡DESCÁRGALA
HOY!**



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





 **Oficinas MMM Regionales**

 **MMM Members Club**

Contactos de Oficinas de Servicio

Aguadilla

Plaza Victoria Shopping Center

Bayamón

Plaza Tropical Shopping Center

Caguas

Edificio Gatsby Plaza

Canóvanas

Centro Comercial Plaza Rial

Carolina

Century Business Park

Fajardo

Carr. #3, km 44.1

Guayama

Edificio FISA II,
Paseo del Pueblo



 **MMM**
Multiclínica

 **MMM**
Unidad Dorada

Hatillo
Hatillo Town Center

Mayagüez
Complejo Office Park III

Humacao
Boulevard Plaza
Office Center

Ponce
San Jorge Mall

Manatí
El Trigal Plaza

San Juan
Bechara Industrial Park,
Ave. Kennedy

¿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

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.)
o
- 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.



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 lingüística 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, 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmhlc.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>.

Lista de Requisitos de Elegibilidad para MMM Flexi Card y MMM Asistencia

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**
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Dermatomiositis
 - Artritis reumatoide
 - Lupus sistémico eritematoso
 - Artritis psoriásica
 - Esclerodermia
- **Cáncer**
- **Desórdenes cardiovasculares**
 - Arritmia cardiaca
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad cardíaca valvular
 - Hiperlipidemia
- **Fallo cardíaco crónico**
- **Demencia**
- **Diabetes mellitus**
 - Pre-Diabetes (Glucosa en ayunas: 100-125 mg/dl o HGB A1c: 5.7-6.4%)
- **Desórdenes hematológicos severos**
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmune
 - Síndrome mielodisplásico
 - Enfermedad de células falciformes (con excepción del rasgo de células falciformes, SCT)
 - Desorden tromboembólico venoso crónico
- **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico**
 - Hiperlipidemia
- **Desórdenes gastrointestinales crónicos**
 - Enfermedad hepática crónica
 - Enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA)
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Pancreatitis
 - Síndrome del intestino irritable
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
- **Enfermedad renal crónica (ERC):**
 - Enfermedad renal crónica que requiere diálisis/Enfermedad renal terminal (ERT)
 - (ERC) que no requiere diálisis
- **VIH / SIDA**
- **Desórdenes pulmonares crónicos**
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- **Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental**
 - Desórdenes de bipolaridad
 - Desórdenes de depresión mayor
 - Paranoia
 - Esquizofrenia
 - Desorden esquizoafectivo
 - Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
 - Desórdenes alimentarios
 - Desórdenes de ansiedad
- **Desórdenes neurológicos**
 - Enfermedad de Huntington
 - Enfermedad de Párkinson
 - Epilepsia
 - Parálisis cerebral
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Esclerosis múltiple
 - Estenosis espinal
 - Parálisis extensiva (como hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
 - Polineuropatía
 - Fibromialgia
 - Síndrome de fatiga crónica
 - Lesiones de la médula espinal
 - Traumatismo craneoencefálico
- **Derrame cerebral**

- Síndrome de fatiga crónica
- Lesiones de la médula espinal
- Traumatismo craneoencefálico
- **Derrame cerebral**
- **Cuidado postrasplante de órganos**
- **Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores**
- **Condiciones que pueden causar deterioro cognitivo**
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Discapacidades intelectuales y del desarrollo
 - Traumatismos craneoencefálicos
 - Enfermedad mental discapacitante asociada con el deterioro cognitivo
 - Deterioro cognitivo leve
- **Condiciones que pueden causar dificultades funcionales similares y requerir servicios similares**
 - Lesiones de la médula espinal
 - Parálisis
 - Pérdida de extremidades
 - Accidente cerebrovascular
 - Artritis
- **Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato**
- **Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento**
- **Otros:**
 - Hipertensión
 - Osteoporosis
 - Dolor de espalda crónico

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO-POS y un plan HMO C-SNP con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO D-SNP con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta. 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_2026 4010 0007 1_M



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 787-620-2397, 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 787-620-2397, 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 2026.
- 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.



caminamosjuntos

Notice Of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-333-5470 (TTY: 711) or speak to your provider.”

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia en su idioma. También están disponibles, sin costo alguno, ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-333-5470 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chinese (Simplified): 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-333-5470（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

Cantonese 廣東話: 通知：如果你講廣東話，我們提供免費的語言協助服務。我們亦可以免費提供適當的輔助工具和服务，以使用可獲得的格式提供資訊。請致電 1-866-333-5470（聾人專線：711）或與你的提供者聯絡。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-333-5470 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-333-5470 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-333-5470 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

German: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfeeleistungen zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienstleistungen, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie 1-866-333-5470 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-333-5470 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.”



Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-333-5470 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic: العربية
المعلومات لتوفير مناسبة وخدمات مساعدة وسائل تتوفر كما. المجانية اللغوية المساعدة خدمات لك فستتوفر ، العربية اللغة تتحدث كنت إذا: تنبيه
"الخدمة مقدم إلى تحدث أو (TTY:711) 1-866-333-5470 الرقم على اتصل. مجانًا إليها الوصول يمكن بتنسيقات

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-333-5470 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।”

Italian: ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche idonei ausili e servizi per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il 1-866-333-5470 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para si. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-333-5470 (TTY: 711) ou fale com o seu prestador de serviços.

French Creole: ATANSYON: Si ou pale franse kreyòl, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Gen èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib ki disponib tou gratis. Rele 1-866-333-5470 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-333-5470 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

Japanese: 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-333-5470 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Ukrainian: УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-866-333-5470 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Catalán: ATENCIÓ: Si parleu català, teniu a la vostra disposició serveis d'assistència lingüística gratuïts. També hi ha disponibles gratuïtament ajudes i serveis auxiliars adequats per proporcionar informació en formats accessibles. Truqueu al 1-866-333-5470 (TTY: 711) o parleu amb el vostre proveïdor.



PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014



787-620-2397

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

TTY: 711
(audio impedidos)

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



www.mmmpr.com



caminamos juntos