



20
22

Resumen de Beneficios

Planes HMO-POS
y HMO C-SNP



¡TE DAMOS MÁS PARA CUIDAR TU SALUD!



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

Trabajamos con la meta de brindar un mejor acceso a la salud, con herramientas y programas que están a la vanguardia de la industria de la salud en Puerto Rico.

Año tras año, el apoyo de nuestros afiliados nos confirma que esta ha sido la ruta correcta. **Hoy, más de 11,500 proveedores están a tu servicio.**

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

Gracias por confiar en MMM!



Este manual incluye un **Resumen de Beneficios** e información relevante sobre la cubierta de MMM. La descripción completa de beneficios está en la **Evidencia de Cubierta**.

¿Tienes preguntas sobre tu plan o beneficios?

Llama al **Departamento de Servicios al Afiliado** al:

1-866-333-5470

(libre de cargos), o al

1-866-333-5469

TTY (audio impedidos),

de lunes a domingo,

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



CONOCE TU TIPO DE CUBIERTA

HMO:

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

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

HMO-POS:

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

Los planes "POS" te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de \$5,000 para servicios fuera de la red. Al igual que con un HMO, tienes que seleccionar tu médico primario para coordinar tus servicios dentro de la red de proveedores contratados por el plan.

Busca en tu **Evidencia de Cubierta** más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red.

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

HMO-SNP:

Special Needs Plan (Plan de Necesidades Especiales)

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

MMM ofrece dos tipos de planes de necesidades especiales:

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

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

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

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

CONOCE COMUNES



Chequeo Médico Anual

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



Coaseguro

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



Copago

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



Costo Máximo de tu Bolsillo

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



Deducible

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

DEFINICIONES EN EL PLAN



Farmacia de la Red

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



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

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



Preautorizaciones

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



Proveedor en la Red

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



Proveedor fuera de la Red

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

2022 RESUMEN DE BENEFICIOS

TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y de lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una "Evidencia de Cubierta" o puedes acceder el documento visitando nuestra página de Internet.
- El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.
- Esta información está disponible en otros formatos como braille, letra agrandada y cintas de audio.
- ¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de cargos.
- Visita nuestra página de Internet en: www.mmmpr.com.



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

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

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

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un ¹: pueden requerir preautorización.

Servicios con un ²: beneficio de servicio fuera de la red, 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$5,000. Requiere preautorización.

Servicios con un ³: \$0 copago para servicios disponibles en las clínicas Multiespecialidad.

Puedes ver nuestro formulario de medicamentos recetados y directorio de proveedores y farmacias en nuestra página de Internet (www.mmmpr.com), o si deseas una copia impresa, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a:

- MMM Elite (HMO-POS),
- MMM Balance (HMO-POS),
- MMM Dinámico (HMO-POS),
- PMC Max (HMO-POS),
- MMM Poderoso (HMO-POS),
- MMM Supremo (HMO-SNP),
- MMM Integral (HMO-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.

¿QUÉ MÁS DEBES SABER?

Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual actual "Medicare y Usted". Puedes verlo en Internet en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.





CUBIERTAS

HMO-POS

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

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BALANCE (HMO-POS)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Reducción a la prima de la Parte B	No aplica	\$70
Deducible Estos planes no tienen deducible.	No paga nada	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.	\$3,250	\$3,250
Cuidado hospitalario ^{1,2} Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No paga nada • No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$10 de copago • No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}	\$25 de copago	\$50 de copago
Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}	No paga nada	No paga nada
Visitas a la oficina del médico ² <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de Cuidado Primario • Especialistas ³ 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$5 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM PODEROSO (HMO-POS)
\$0	\$0	\$0
No aplica	No aplica	No aplica
No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250
<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$10 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No paga nada No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$75 de copago No paga nada en Unidad Dorada • Red General: \$125 de copago
\$50 de copago	\$25 de copago	\$75 de copago
No paga nada	No paga nada	No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$3 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$0-\$3 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: \$0-\$10 de copago • Red General: \$0-\$15 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BALANCE (HMO-POS)
Cuidado preventivo ^{1,2} Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	No paga nada	No paga nada
Cuidado de emergencia Si eres admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no pagas tu parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado hospitalario" de este folleto para otros costos. Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago
Cuidado necesario de urgencia Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica ³ (e.j., MRI) • Servicios de laboratorio ³ • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$50 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada
Servicios de audición ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición cubiertos por Medicare • Audífonos suplementarios • Examen rutinario • Servicios de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios <p>Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM PODEROSO (HMO-POS)
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$50 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0-\$70 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto • No paga nada • No cubierto
<p>Hasta \$1,250 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<p>Hasta \$1,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BALANCE (HMO-POS)
<p>Servicios dentales ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos ² • Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual* • Prostodoncia <ul style="list-style-type: none"> - Removible* - Puente fijo* - Implantes* <p>*Ciertos límites y restricciones aplican. 50% de coaseguro aplica fuera de la red. Aplica límite anual de \$5,000. Requiere preautorización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$5,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>
<p>Servicios de visión ^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo • Examen visual de rutina • Espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto suplementarios <p>La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un examen rutinario de visión suplementario por año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$850 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$400 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>
<p>Cuidado de salud mental ^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario • Visita de terapia grupal ambulatoria ³ • Visita de terapia individual ambulatoria ³ <p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida. Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM PODEROSO (HMO-POS)
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$450 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$100 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$125 de copago • \$0-\$15 de copago • \$0-\$15 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BALANCE (HMO-POS)
Centro de Enfermería Especializada ^{1,2} (SNF, por sus siglas en inglés) Hasta 100 días en un SNF.	No paga nada	No paga nada
Terapia física ^{1,2,3}	\$0-\$4 de copago	\$0-\$4 de copago
Ambulancia ^{1,2} Autorización requerida, excepto para emergencias.	No paga nada	No paga nada
Transportación suplementaria ¹	No paga nada Viajes ilimitados de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.	No paga nada Hasta 10 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 0% - 10% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo • 0% - 20% del costo

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM PODEROSO (HMO-POS)
No paga nada	No paga nada	No paga nada
\$0-\$4 de copago	\$0-\$4 de copago	\$0-\$15 de copago
No paga nada	No paga nada	No paga nada
No paga nada Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.	No paga nada Hasta 18 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.	No cubierto
<ul style="list-style-type: none"> • 8% del costo • 0% - 20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 0% - 10% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 0% - 20% del costo

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

BENEFICIOS ADICIONALES	<div style="background-color: #4a7c9c; color: white; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ■ ESTA ES TU CUBIERTA </div> MMM ELITE (HMO-POS)	<div style="background-color: #0099cc; color: white; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ■ ESTA ES TU CUBIERTA </div> MMM BALANCE (HMO-POS)
<p>Cuidado del pie ^{1,2,3} (servicios de podiatría)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios <p>Estos planes cubren hasta 6 visitas rutinarias para servicios de podiatría suplementarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<p>Equipo médico duradero / Suministros médicos ^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.) • Suministros médicos • Suministros para diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada
<p>Programas de bienestar</p> <p>Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. • Línea directa de enfermería (24/7) • Materiales impresos de educación en salud • Adiestramiento nutricional 	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM DINÁMICO <small>(HMO-POS)</small>	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC MAX <small>(HMO-POS)</small>	<input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM PODEROSO <small>(HMO-POS)</small>
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$5 de copago • \$0 - \$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$15 de copago • \$0 - \$15 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0% - 10% del costo • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo
<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

BENEFICIOS ADICIONALES	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM BALANCE (HMO-POS)
<p>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Si su plan cubre OTC, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Cantidad de beneficio máximo compartido entre OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$90 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$35 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<p>Cuidado quiropráctico ^{1,2,3}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$5 de copago • \$0 - \$5 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<p>Acupuntura ^{1,3}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare ² • Servicios suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$10 de copago • \$0 - \$10 de copago <p>Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$10 de copago • \$0 - \$10 de copago <p>Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM DINÁMICO (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM PODEROSO (HMO-POS)
<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$40 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$150 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No cubierto</p>
<ul style="list-style-type: none">• \$0 - \$5 de copago• \$0 - \$5 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none">• \$0 - \$5 de copago• \$0 - \$5 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none">• \$0 - \$15 de copago• \$0 - \$15 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<ul style="list-style-type: none">• \$0 - \$10 de copago• \$0 - \$10 de copago <p>Hasta 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none">• \$0 - \$5 de copago• No cubierto	<ul style="list-style-type: none">• \$0 - \$15 de copago• No cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

MMM ELITE - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (Lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca No Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (Lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (Lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para un máximo de 4 pastillas al mes.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

MMM BALANCE - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (Lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$2 de copago	\$4 de copago
	Genérico	\$3 de copago	\$6 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Marca No Preferida	\$16 de copago	\$32 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (Lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$2 de copago	\$4 de copago
	Genérico	\$3 de copago	\$6 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (Lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

MMM DINÁMICO - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (Lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$6 de copago	\$12 de copago
	Marca No Preferida	\$16 de copago	\$32 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (Lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal
			No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (Lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

PMC MAX - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (Lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (Lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal
			No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (Lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$5 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para un máximo de 4 pastillas al mes.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-POS

MMM PODEROSO - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (Lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$10 de copago	\$20 de copago
	Genérico	\$11 de copago	\$22 de copago
	Marca Preferida	\$30 de copago	\$60 de copago
	Marca No Preferida	\$50 de copago	\$100 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (Lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$10 de copago	\$20 de copago
	Genérico	\$11 de copago	\$22 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (Lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.



CUBIERTAS

HMO-SNP

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

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM INTEGRAL (HMO-SNP)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Reducción a la prima de la Parte B	\$25 mensual	No aplica
Deducible Estos planes no tienen deducible.	No paga nada	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red.	\$3,250	\$3,250
Cuidado hospitalario ¹ Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$50 de copago No paga nada en Unidad Dorada	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No paga nada • Red General: \$50 de copago No paga nada en Unidad Dorada
Servicios ambulatorios en el hospital ¹	\$25 de copago	\$25 de copago
Centros de cirugía ambulatoria ¹	No paga nada	No paga nada
Visitas a la oficina del médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de Cuidado Primario • Especialistas³ 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • \$0 - \$3 de copago \$0 aplica a: cardiólogos, endocrinólogos, neumólogos y servicios en clínicas multiespecialidad. \$3 aplica a los demás especialistas.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM INTEGRAL (HMO-SNP)
Cuidado preventivo ¹ Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	No paga nada	No paga nada
Cuidado de emergencia Si eres admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no pagas tu parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado hospitalario" de este folleto para otros costos. Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago
Cuidado necesario de urgencia Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) ³ • Servicios de laboratorio ³ • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$25 de copago • 0% - 20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$25 de copago • 0% - 20% del costo • No paga nada • No paga nada
Servicios de audición ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición cubiertos por Medicare • Audífonos suplementarios • Examen rutinario • Servicios de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada Hasta \$1,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada Hasta \$1,000 cada tres años para la compra de audífonos para ambos oídos.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM INTEGRAL (HMO-SNP)
Servicios dentales ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos • Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual • Prostodoncia <ul style="list-style-type: none"> - Removible - Puente fijo - Implantes 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p>
Servicios de visión ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo • Examen visual de rutina • Espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$450 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>
Cuidado de salud mental ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario • Visita de terapia grupal ambulatoria ³ • Visita de terapia individual ambulatoria ³ <p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida. Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0 - \$7 de copago • \$0 - \$7 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$0 - \$7 de copago • \$0 - \$7 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM INTEGRAL (HMO-SNP)
Centro de Enfermería Especializada ¹ (SNF, por sus siglas en inglés) Hasta 100 días en un SNF.	No paga nada	No paga nada
Terapia física ^{1,3}	\$0 - \$4 de copago	\$0 - \$4 de copago
Ambulancia ¹ Autorización requerida, excepto para emergencias.	No paga nada	No paga nada
Transportación suplementaria ¹	No paga nada Hasta 16 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.	No paga nada Hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo • 0% - 20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo • 0% - 20% del costo

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

BENEFICIOS ADICIONALES	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM INTEGRAL (HMO-SNP)
<p>Cuidado del pie (servicios de podiatría) ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios <p>Estos planes cubren hasta 6 visitas rutinarias para servicios de podiatría suplementarias al año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada
<p>Equipo médico duradero / Suministros médicos ¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.) • Suministros médicos • Suministros para diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada
<p>Programas de bienestar</p> <p>Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. • Línea directa de enfermería (24/7) • Materiales impresos de educación en salud • Adiestramiento nutricional 	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

BENEFICIOS ADICIONALES	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM INTEGRAL (HMO-SNP)
<p>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Si su plan cubre OTC, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Cantidad de beneficio máximo compartido entre OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$80 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$40 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<p>Cuidado quiropráctico ^{1,3}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$7 de copago • \$0 - \$7 de copago <p>Hasta \$750 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$7 de copago • \$0 - \$7 de copago <p>Hasta \$750 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<p>Acupuntura ^{1,3}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$7 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$7 de copago

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

MMM SUPREMO - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca No Preferida	\$20 de copago	\$40 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal
			No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

RESUMEN DE BENEFICIOS

CUBIERTAS HMO-SNP

MMM INTEGRAL - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO / COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible		\$0	
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Marca No Preferida	\$25 de copago	\$50 de copago
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
Brecha de Cubierta (lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago Farmacias al detal
			No disponible Órdenes por correo
Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de niveles:

- Genéricos preferidos
- Genéricos
- Marca preferida
- Marca no preferida
- Medicamentos Especializados
- Medicamentos de Cuidado Selecto

Beneficios	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Poderoso (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)
Genérico Preferido	\$0	\$2	\$0	\$0	\$10	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$3	\$0	\$0	\$11	\$0	\$0
Marca Preferida	\$0	\$10	\$6	\$5	\$30	\$0	\$10
Marca No Preferida	\$0	\$16	\$16	\$10	\$50	\$20	\$25
Medicamentos Especializados	25%	33%	33%	25%	33%	25%	25%
Medicamentos de Cuidado Selecto	-	-	-	-	-	\$0	\$0
Insulinas Selectas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	4 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto	4 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2022. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

BENEFICIOS

MÁS ALLÁ

DE MEDICARE ORIGINAL





NUEVO

INNOVAMOS BRINDARTE

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

¡Hasta 8 servicios al año en cada categoría!

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



Plomería

Destape de tuberías sanitarias.



Cerrajería

Reestablecer acceso a residencia.



Electricidad

Cambio de "breakers" a causa de corto circuito.

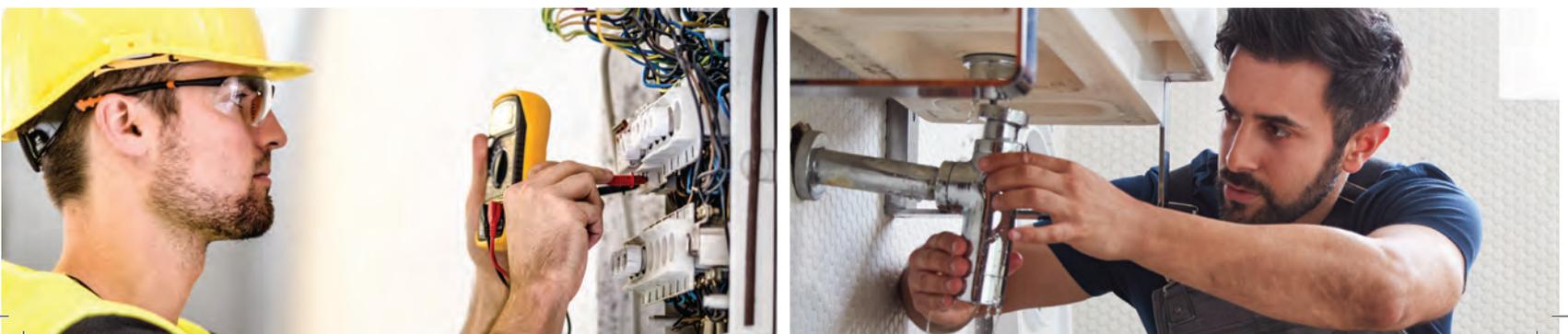


Cristalería

Puertas / ventanas exterior de residencia.

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

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



PARA SEGURIDAD



ASISTENCIA



Servicios al año en cada categoría.

**En la carretera,²
proveemos:**



Servicio de grúa



Cerrajería



Cambio de goma por goma de repuesto



Suministro de gasolina (hasta 2 galones)



Recarga de batería

Para solicitar el servicio, llama al:

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

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

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



ESTAMOS AL ALCANCE DE TU MANO



APLICACIÓN
MÓVIL

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

Podrás ver tu información y
participar en tu cuidado médico.

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

...¡y mucho más!



TE DAMOS RAZONES PARA SONREÍR



COASEGURO

**EN
TODOS LOS SERVICIOS
DE DENTAL
COMPRESIVO**

Beneficio	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Poderoso (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)
Dental Comprensivo	\$5,000 anual 0% de coaseguro	\$2,000 anual 0% de coaseguro	\$1,000 anual 0% de coaseguro	\$1,500 anual 0% de coaseguro	\$500 anual 0% de coaseguro	\$2,500 anual 0% de coaseguro	\$1,500 anual 0% de coaseguro

Los servicios de restauración y protodoncia incluyen:



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



OTC A TU PUERTA

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

¡Es tan fácil como decir 1-2-3!



ESCOGE, ORDENA Y RECIBE



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



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



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



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

Beneficio	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)
OTC	\$360 anuales	\$140 anuales	\$160 anuales	\$1,800 anuales	\$320 anuales	\$160 anuales
	\$90 cada 3 meses	\$35 cada 3 meses	\$40 cada 3 meses	\$150 mensuales	\$80 cada 3 meses	\$40 cada 3 meses

MÁS EN

OTC

Las marcas que conoces

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

Otros artículos disponibles

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



¡Te damos mucho para escoger!

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

MEDICAMENTOS RECETADOS



COPAGO

EN MEDICAMENTOS DE MARCA

BENEFICIO POR CUBIERTA

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



COPAGO

EN INSULINAS SELECTAS*

BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)
MMM Poderoso (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)	MÁS AHORROS, MÁS SALUD

*No paga nada por insulina cuando llegue a su etapa de Brecha de Cubierta durante el año de póliza.



RECETA A TU PUERTA



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

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





FLEXI CARD

1234 4567 7890 1234

AFILIADO SALUDABLE

VALID 01/21



¡La tarjeta Flexi Card te ayuda a pagar más!

Úsala para pagar:



Alimentos preparados



Entretenimiento



Alimentos y provisiones en supermercados



Copagos y coaseguros



Gasolina

La tarjeta que te regala **CONVENIENCIA**

AHORA PUEDES PAGAR:



ARTÍCULOS DE FERRETERÍA



ARTÍCULOS PARA CUIDADO DE MASCOTAS



ARTÍCULOS DE JARDINERÍA

Mira cuánto tienes cada mes según tu cubierta:

Beneficio	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Poderoso (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)
Flexi Card	\$240 anuales	\$1,200 anuales	\$720 anuales	\$420 anuales	\$2,400 anuales	\$600 anuales	\$1,320 anuales
	\$20 mensuales	\$100 mensuales	\$60 mensuales	\$35 mensuales	\$200 mensuales	\$50 mensuales	\$110 mensuales

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



TRANSPORTACIÓN

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

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

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

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

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

Beneficio	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)
Viajes de una vía	Ilimitados	10	24	18	16	12



VISIÓN

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

- Lentes regulares, bifocales, trifocales o de transición
- Tratamientos antirreflexivo y rayazos
- Reparación de espejos
- Monturas
- Óptica dentro de nuestra red

Beneficio	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Balance (HMO-POS)	MMM Dinámico (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Poderoso (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)	MMM Integral (HMO-SNP)
Espejos	\$850 anuales	\$400 anuales	\$500 anuales	\$450 anuales	\$100 anuales	\$500 anuales	\$450 anuales



UNIDAD
DORADA

Atención exclusiva para afiliados hospitalizados.

¡En esta área, te ofrecemos trato VIP!

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



Coordinación de
citas posalta



Medicamentos
en mano al salir
del hospital



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



Hospitales Participantes:

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



CENTRO DE URGENCIA

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

Busca ayuda si tienes:

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



COPAGO
en todos
los servicios



Si estás por Florida central, ¡también estás cubierto!

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

Allí, podrás tener los siguientes beneficios:

- Copagos iguales a los de Puerto Rico, sin alterar la cubierta en o fuera de la red.
- Médicos primarios y especialistas.
- Acceso a tus records médicos para lograr cuidado coordinado.



¡NUEVO!

CUIDAR TU
NUTRICIÓN ES IMPORTANTE



COPAGO

en
NUTRICIONISTAS*
Hasta 6 visitas
anuales

*dentro de la red de MMM



TE BRINDAMOS MÁS
PARA **MANTENERTE**
SALUDABLE.

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



COPAGO

en
NATURÓPATAS*
Hasta 12 visitas
anuales

*dentro de la red de MMM

Suplementos homeopáticos están cubiertos.**

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

CLÍNICAS DE PARA NUESTROS

TUS ESPECIALISTAS* ESTÁN



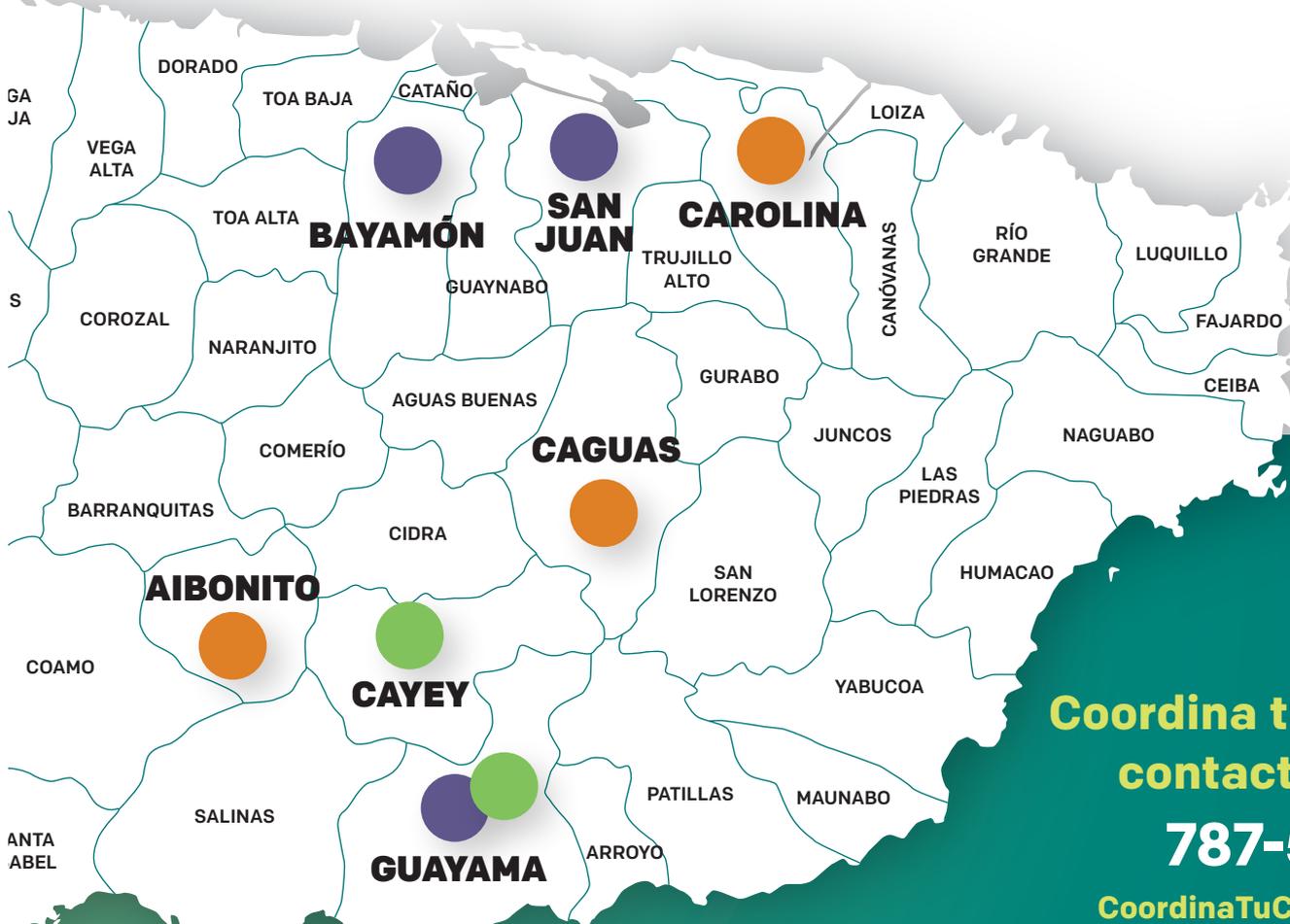
ESPECIALISTAS AFILIADOS

EN UN MISMO LUGAR

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



COPAGO
EN TODOS
LOS SERVICIOS



Coordina tus servicios
contactándonos al:

787-523-2458

CoordinaTuCita@mmmhc.com

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

OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB

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



Oficinas Regionales



Members Club

Área Metro

Carolina

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

Bayamón

Plaza Tropical Shopping
Center
Carr. 167, km 22.2
Bayamón, PR 00959
787-622-3000 ext. 1974
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

San Juan

Bechara Industrial Park
Marginal Avenida Kennedy,
Calle Segarra Edif. #411
San Juan, PR 00936
787-622-3000 ext. 8100
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Área Oeste / Noroeste

Aguadilla

Borinquen Town Plaza
Carr 107 km 3.0
(Ave. Pedro Albizu Campos)
Aguadilla, PR 006055
787-622-3000 ext. 1922
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Hatillo

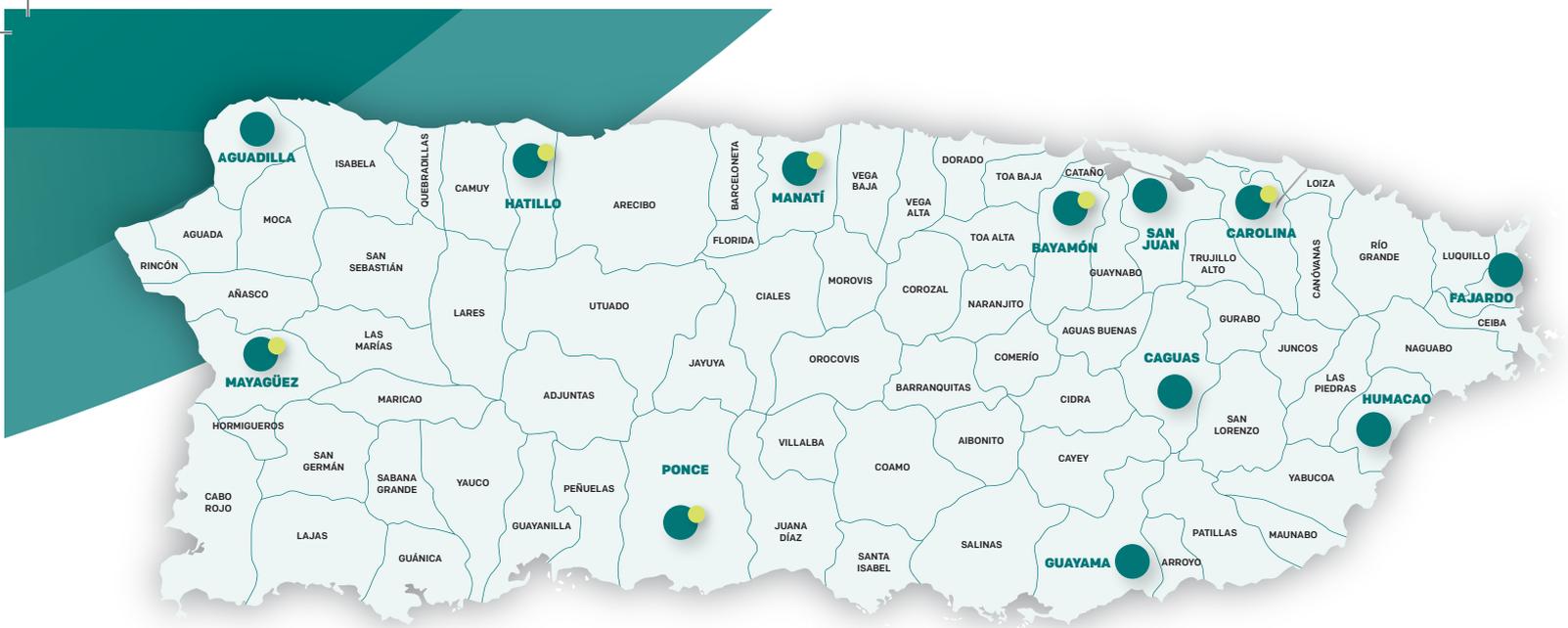
Edif. Galería del Norte II,
Suite 201
Carr. 2 km 81.6
Hatillo, PR 00659
787-622-3000 ext. 8051
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Manatí

El Trigal Plaza
Carr. 2 km 4.8 (Esquina) Rd. 149
Bo. Cotto Norte
Manatí, PR 00674
787-622-3000 ext. 1900
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.

Mayagüez

Complejo Office Park III
Carr #2 km 157.0 Int
Mayagüez, PR 00682-24522
787-622-3000 ext. 1400
Lunes a viernes, de 8:00 a.m.
a 5:00 p.m.



LEYENDA:

- Oficinas **MMM Regionales**
- Centros **MMM Members Club**

Área Central

Caguas

Edif. Gatsby Plaza, Piso 3
Avenida José Mercado
Esq. Ruiz Belvis
Caguas, PR 00725
787-622-3000 ext. 1850
Lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Este

Fajardo

Oficina # 4, Ave. Conquistador
El Conquistador Plaza, Fajardo, PR 00738
787-622-3000 ext. 1890
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Sur / Sureste

Guayama

Edificio FISA II, Paseo del Pueblo
Carr. 54 km 2.3 Interior
Guayama, PR 00784
787-622-3000 ext. 1860
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Ponce

San Jorge Mall
Carr. #2 Ponce By-Pass
Ponce, PR 00716
787-622-3000 ext. 1980
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Humacao

Carr. 3, km 83.3
Calle Marginal, Urb. Buzo, Local 1
Humacao, PR 00791
787-622-3000 ext. 1960
Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿QUÉ ES MEDICARE?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

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

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

PARTE A:

Cubierta de hospital; te cubre:

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

PARTE B:

Cubierta médica; ayuda a cubrir:

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

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

PARTE C:

Planes Medicare Advantage

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

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

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

Los planes Medicare Advantage pueden ayudar a cubrir:

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

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

PARTE D:

Cubierta de Medicamentos Recetados

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

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

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

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

PERÍODOS DE AFILIACIÓN

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



PERÍODO DE AFILIACIÓN ANUAL - 15 de octubre al 7 de diciembre

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



PERÍODO ABIERTO DE AFILIACIÓN MEDICARE ADVANTAGE - 1 de enero al 31 de marzo

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

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



PERÍODO CERRADO - 1 de abril al 14 de octubre

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



PERÍODO DE AFILIACIÓN INICIAL

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

Este período dura siete meses:

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



PERÍODO DE AFILIACIÓN ESPECIAL

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



PERÍODO DE AFILIACIÓN ESPECIAL PARA INDIVIDUOS DUALES

Para beneficiarios de Medicare y Medicaid cuyo cuidado de salud cae bajo lo que se conoce como una cubierta Medicare Platino, se conceden tres períodos especiales en el año para desafiliarse de su plan Medicare Advantage o cambiar a un plan diferente. Estos períodos son:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Los beneficiarios del Programa Medicare Platino podrán afiliarse o desafiliarse una vez en cada trimestre según descrito arriba. Ya que el Período de Afiliación Anual está en vigor de octubre a diciembre, cuando todos los afiliados de Medicare Advantage pueden realizar cambios, este Período Especial no aplica de octubre a diciembre.

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

MMM HEALTHCARE, LLC (MMM)

Los beneficios de nuestra nueva tarjeta cubren a pacientes con condiciones crónicas diagnosticadas por un médico. Si tienes diagnóstico médico de una o más de estas condiciones, y tu cubierta incluye la MMM Flexi Card y MMM Asistencia, calificas para aprovechar sus ventajas.

- **Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga**
- **Desórdenes autoinmunes limitados a:**
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimiositis
 - Lupus sistémico eritematoso
 - Polimialgia reumática
 - Artritis reumatoide
- **Cáncer** (excepto condiciones precancerosas o carcinoma *in-situ* que no se ha extendido)
- **Desórdenes cardiovasculares limitados a:**
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Desorden tromboembólico venoso crónico
- **Fallo cardíaco crónico**
- **Demencia**
- **Diabetes mellitus**
- **Enfermedad del hígado en etapa terminal**
- **Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (requiere diálisis)**
- **Desórdenes severos de la sangre, limitados a:**
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmune
 - Síndrome mielodisplásico
 - Enfermedad de células falciformes (con excepción del rasgo de células falciformes, SCT)
 - Desorden tromboembólico venoso crónico



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

- **VIH/SIDA**

- **Desórdenes pulmonares crónicos, limitados a:**

- Asma
- Enfisema
- Hipertensión pulmonar
- Bronquitis crónica
- Fibrosis pulmonar

- **Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental, limitadas a:**

- Desórdenes de bipolaridad
- Esquizofrenia
- Desórdenes de depresión mayor
- Trastorno esquizoafectivo
- Paranoia

- **Desórdenes neurológicos limitados a:**

- Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
- Epilepsia
- Parálisis extensiva (como hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
- Enfermedad de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Polineuropatía
- Estenosis espinal
- Déficit neurológico relacionado con derrame cerebral

- **Derrame Cerebral**





Lista de Cotejo Pre Afiliación

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si usted tiene alguna pregunta, puede llamarnos y hablar con un representante de servicios al 1-866-333-5470 (libre de costo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos).

Entendiendo los beneficios

- Revise la lista completa de los beneficios encontrados en la Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente aquellos servicios por los que usted ve al médico rutinariamente. Visite www.mmmpr.com o llame al 1-866-333-5470 (libre de costo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos) para obtener una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para estar seguro que los médicos que usted visita ahora se encuentran en la red. Si no aparecen, eso significa que usted tendría que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para estar seguro de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece, usted tendría que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Entendiendo Reglas Importantes

- Además de la prima mensual del plan, usted tendrá que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se la descuentan de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Beneficios, primas y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Excepto en emergencias o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios fuera de la red de proveedores (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).

Para planes PPO

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



Para planes HMO-POS

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

Para planes C-SNP

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

Para planes D-SNP

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



Aviso sobre no discriminación

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

MMM Healthcare, LLC:

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

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

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

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

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

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

Arabic (عربي): يـالـمـجـانـ لـكـ تـوـافـر الـلـغـويـة الـمـسـاعـدـة خـدـمـات فـان الـلـغـة، اذكـرتـ تـحـدثـكـ نـتـ إذـا مـلـحـوظـة: (عربي) 1-866-333-5470 (والـبـكـم الـصـم هـلـتـ فـرقـم) 1-866-333-5470 بـرقـم اتـصـل

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿QUÉ ES LO PRÓXIMO?



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



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



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



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

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

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

REPRESENTANTE DE VENTAS:

TELÉFONO: _____

CUBIERTA: _____

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO POS y un plan HMO C-SNP con un contrato Medicare.
La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
Y0049_2022 1099 0001 2_M

www.mmmpr.com