



# OPCIONES DE PLANES MEDICARE ADVANTAGE

**2021**

Plan de Salud del Gobierno  
**mp**  
medicare  
platino  
Administración de Seguro de Salud de Puerto Rico



**MMM**  
caminamos **juntos**



## **PARA EL 2021, MMM CUIDA TU SALUD Y TU BOLSILLO**

---

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

Llama al Departamento de Servicios al Afiliado si tienes cualquier pregunta sobre tu plan o beneficios. Estamos a tu orden a través del 1-866-333-5470 (libre de cargos), o al 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

# CONTENIDO

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



# MMM

## TU SALUD

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

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

# CUIDA Y TU BOLSILLO

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

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

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

# CONOCE TU TIPO

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

## **HMO:**

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

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

## **HMO-POS:**

### ***Point of Service Option (Opción de Punto de Servicio)***

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

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

# DE CUBIERTA

## HMO-SNP:

### ***Special Needs Plan (Plan de Necesidades Especiales)***

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

### **MMM ofrece dos tipos de planes de necesidades especiales:**

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

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

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

O puedes visitar nuestra página web: [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)

# CONOCE DEFINICIONES COMUNES EN EL PLAN



## CHEQUEO MÉDICO ANUAL

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



## COASEGURO

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



## COPAGO

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



## COSTO MÁXIMO DE SU BOLSILLO

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



## DEDUCIBLE

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



## **FARMACIA DE LA RED**

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



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

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



## **PREAUTORIZACIÓN**

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



## **PROVEEDOR EN LA RED**

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



## **PROVEEDOR FUERA DE LA RED**

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

# TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS

## RESUMEN DE BENEFICIOS

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

# ¿QUÉ MÁS DEBES SABER?

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



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

Generalmente, tienes que utilizar una farmacia de nuestra red para adquirir tus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Puedes ver nuestro formulario de medicamentos recetados y directorio

de proveedores y farmacias en nuestra página de Internet ([www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)), o si deseas una copia impresa, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a:

- MMM Diamante Platino (HMO-SNP),
  - MMM Relax Platino (HMO-SNP),
  - MMM Valor Platino (HMO-SNP),
  - MMM Grande Platino (HMO-SNP),
  - MMM Conectado (HMO-SNP) o
  - PMC Premier Platino (HMO-SNP),
- tienes que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, ser elegible al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

## Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir preautorización.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir referido de tu médico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

<b>PRIMA Y BENEFICIOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<input type="checkbox"/> <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b> <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Reducción a la prima de la Parte B</b>	<b>\$20 mensual</b>	<b>\$86 mensual</b>
<b>Deducible</b> Este plan no tiene deducible.	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>
<b>Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</b> Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red.	<b>\$3,250</b>	<b>\$3,250</b>
<b>Cuidado hospitalario<sup>1</sup></b> Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización.	<b>No paga nada</b> <b>\$0</b> de copago en UNIDAD DORADA	<b>No paga nada</b> <b>\$0</b> de copago en UNIDAD DORADA
<b>Servicios ambulatorios en el hospital<sup>1</sup></b>	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>

# PLANES HMO-SNP

 <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b>	 <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b>	 <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b>	 <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b>
<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>\$144.60 mensual</b>	<b>\$0 mensual</b>	<b>\$0 mensual</b>	<b>\$35 mensual</b>
<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>
<b>\$3,250</b>	<b>\$3,250</b>	<b>\$3,250</b>	<b>\$3,250</b>
<b>No paga nada</b> <b>\$0</b> de copago en UNIDAD DORADA	<b>No paga nada</b> <b>\$0</b> de copago en UNIDAD DORADA	<b>No paga nada</b> <b>\$0</b> de copago en UNIDAD DORADA	<b>No paga nada</b> <b>\$0</b> de copago en UNIDAD DORADA
<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Visitas a la oficina del médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de Cuidado Primario</li> <li>• Especialistas<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<b>Cuidado preventivo<sup>1</sup></b>  Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	<b>No paga nada</b>	<b>No paga nada</b>
<b>Cuidado de emergencias</b>  Si es admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. (Vea la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierta mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierta mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>
<b>Cuidado urgentemente necesario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierta mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierta mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>
<b>Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Rayos X ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>

# PLANES HMO-SNP

<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: white; margin-right: 5px;"></span>                     ESTA ES SU CUBIERTA                 </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)                 </div>	<div style="background-color: #90EE90; color: black; padding: 5px;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: white; margin-right: 5px;"></span>                     ESTA ES SU CUBIERTA                 </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)                 </div>	<div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: white; margin-right: 5px;"></span>                     ESTA ES SU CUBIERTA                 </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)                 </div>	<div style="background-color: #3CB371; color: white; padding: 5px;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: white; margin-right: 5px;"></span>                     ESTA ES SU CUBIERTA                 </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)                 </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>No paga nada</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>No paga nada</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>No paga nada</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>No paga nada</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>\$75</b> de copago</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p><b>Servicios de audición</b><sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Audífonos suplementarios</li> <li>• Servicio de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios</li> </ul> <p>Hasta una evaluación suplementaria anual para ajuste de audífonos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$2,500 anuales para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$250 cada 3 años para la compra de audífonos para ambos oídos.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare<sup>1</sup></li> <li>• Poste y reconstrucción de muñon y/o corona individual<sup>1</sup></li> <li>• Prosthodontia removable<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puente fijo*</li> <li>- Implantes*</li> </ul> </li> </ul> <p>*Ciertos límites y restricciones aplican. El tope máximo del plan no aplica a los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno. Cubrimos otros servicios dentales cubiertos por Medicaid. Refiérase a la sección "Servicios Cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Usted es elegible para hasta \$5,000 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Usted es elegible para hasta \$2,000 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>
<p><b>Servicios de visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de visión cubiertos por Medicare<sup>1</sup></li> <li>• Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$825 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$450 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>

# PLANES HMO-SNP

<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$500 cada 2 años para la compra de audifonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No cubierto</b></li> <li>• <b>No cubierto</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$100 anuales para la compra de audifonos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$2,500 anuales para la compra de audifonos para ambos oídos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>• <b>No paga nada</b></p> <p>Usted es elegible para hasta \$1,500 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>33% del costo</b></li> </ul> <p>• <b>33% del costo</b></p> <p>Usted es elegible para hasta \$2,000 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>20% del costo</b></li> </ul> <p>• <b>20% del costo</b></p> <p>Usted es elegible para hasta \$1,000 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>• <b>No paga nada</b></p> <p>Usted es elegible para hasta \$2,500 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$450 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No cubierto</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$200 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$450 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

<b>PRIMA Y BENEFICIOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<input type="checkbox"/> <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b> <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p><b>Cuidado de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado intrahospitalario<sup>1</sup></li> <li>• Visita de terapia grupal ambulatoria<sup>1,2</sup></li> <li>• Visita de terapia individual ambulatoria<sup>1,2</sup></li> </ul> <p>Hasta 190 días de hospitalización por cuidado de salud mental, de por vida. Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario. Hasta 60 “días de reserva de por vida”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1</sup></b> (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>Hasta 100 días en un SNF.</p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>
<p><b>Terapia física<sup>1</sup></b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>
<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b></p> <p>Requiere autorización, excepto para emergencias.</p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>

# PLANES HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> <li>• No paga nada</li> </ul>
<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>
<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>
<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Transportación suplementaria</b> <sup>1</sup>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Viajes <b>ilimitados</b> de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Viajes <b>ilimitados</b> de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b> <sup>1</sup>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>
<b>Cuidado del pie</b> (servicios de podiatría) <sup>1,2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios suplementarios</li> </ul> <p>Hasta 1 visita rutinaria para servicios de podiatría suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>

# PLANES HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p><b>No paga nada</b></p> <p>Viajes <b>ilimitados</b> de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>	<p><b>No cubierto</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta <b>4</b> viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta <b>24</b> viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS	 <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	 <b>ESTA ES SU CUBIERTA</b> <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p><b>Equipo médico duradero/ Suministros médicos</b><sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li> <li>• Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)</li> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Suministros para diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0%-20%</b> del costo</li> <li>• <b>10%</b> del costo</li> <li>• <b>10%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.</li> <li>• Línea directa de enfermería (24/7)</li> <li>• Materiales escritos de educación en salud</li> <li>• Adiestramiento nutricional y beneficios</li> </ul>	<p><b>No paga nada</b> Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<p><b>No paga nada</b> Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>
<p><b>Artículos fuera del recetario</b> (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para más detalles, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta \$100 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta \$60 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<p><b>Cuidado quiropráctico</b><sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$750 anuales para hasta 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$750 anuales para hasta 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>

# PLANES HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20%</b> del costo</li> <li>• <b>20%</b> del costo</li> <li>• <b>20%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0%-20%</b> del costo</li> <li>• <b>10%</b> del costo</li> <li>• <b>10%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20%</b> del costo</li> <li>• <b>20%</b> del costo</li> <li>• <b>20%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>
<p><b>No paga nada</b></p> <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p>
<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta <b>\$100</b> cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p><b>No cubierto</b></p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta <b>\$50</b> cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p><b>No paga nada</b></p> <p>Hasta <b>\$150</b> mensual para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta <b>\$750</b> anuales para hasta <b>6</b> visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta <b>\$750</b> anuales para hasta <b>6</b> visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta <b>\$750</b> anuales para hasta <b>6</b> visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta <b>\$750</b> anuales para hasta <b>6</b> visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p><b>Acupuntura</b><sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul> <p>Hasta \$500 anuales para hasta 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No cubierto</b></li> </ul>
<p><b>Ayuda con Algunas Condiciones Crónicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a especialistas (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo y nefrólogo.)</li> <li>• Servicios de Salud Mental</li> <li>• Servicios de Otros Profesionales de la Salud</li> <li>• Telehealth: Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: Endocrinólogo, Neumólogo, Cardiólogo entre otros.</li> </ul> <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE tiene que haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> <li>2. Insuficiencia Cardíaca Crónica</li> <li>3. Desórdenes Cardiovasculares</li> <li>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</li> </ol> <p>Por favor contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.</p>	<p><b>\$0</b> de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p>	<p><b>\$0</b> de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p>

# PLANES HMO-SNP

ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	ESTA ES SU CUBIERTA <b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• <b>No paga nada</b></li></ul> <p>Hasta \$500 anuales para hasta 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• <b>No cubierto</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• <b>No cubierto</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• <b>No paga nada</b></li></ul> <p>Hasta \$500 anuales para hasta 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p>
<p><b>\$0</b> de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p>	<p><b>\$0</b> de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p>	<p><b>\$0</b> de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p>	<p><b>\$0</b> de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y ordenes por correo (90-días)
<b>Deducible</b>		<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Cubierta Inicial</b> (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,130)	<b>Medicamentos Cubiertos</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Brecha de Cubierta</b> (lo que paga hasta que alcanza \$6,550)	<b>Medicamentos Cubiertos</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Cubierta Catastrófica</b> (lo que paga luego de alcanzar \$6,550)	Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de tus medicamentos.		

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 llámanos o refiérete a nuestra Evidencia de Cubierta en Internet.

Favor de referirte a la sección "Servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.



## SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid  
Contratos H4003 y H4004. Planes 017, 047, 048, 049, 050 y 061

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos del Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio que se menciona a continuación, puedes ver lo que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre y lo que nuestro plan cubre. Lo que paga por servicios cubiertos dependerá de su nivel de elegibilidad con Medicaid.

La cubierta de los beneficios que se describen a continuación depende de tu nivel de elegibilidad de Medicaid. No importa cuál sea tu nivel de elegibilidad de Medicaid, MMM Diamante Platino (HMO-SNP), MMM Conectado Platino (HMO-SNP), MMM Relax Platino (HMO-SNP), PMC Premier Platino (HMO-SNP), MMM Valor Platino (HMO-SNP) y MMM Grande Platino (HMO-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos del Resumen de Beneficios. Si tienes preguntas acerca de tu elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tienes derecho, llama al: 1-866-333-5470 (libre de cargos), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos).

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Servicios de Hospitalización</b>	<p><b>Admisiones:</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$4.00            Código de Cubierta 120- \$5.00            Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p><b>Neonatal:</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0            Código de Cubierta 120- \$0            Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, cama disponible veinticuatro (24) horas al día, todos los días calendario del año.</p> <p>Cubierta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aislamiento por razones médicas</li> <li>- Diagnóstico y tratamiento especializado tales como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializadas que están disponibles en instalaciones hospitalarias que deben realizarse mientras el paciente está hospitalizado.</li> <li>- Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.</li> </ul> <p>Sangre: sangre, plasma y sus derivados sin limitaciones para incluir sanfre irradiada y autóloga, Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# PLANES HMO-SNP

| <input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA   |
|--|--|--|--|--|
| <b>MMM RELAX PLATINO</b><br>(HMO-SNP)  | <b>MMM VALOR PLATINO</b><br>(HMO-SNP)  | <b>MMM GRANDE PLATINO</b><br>(HMO-SNP)   | <b>MMM CONECTADO PLATINO</b><br>(HMO-SNP)  | <b>PMC PREMIER PLATINO</b><br>(HMO-SNP)  |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Hospitalización por Condiciones Mentales</b>	<p><b>Admisiones:</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$4.00            Código de Cubierta 120- \$5.00            Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible veinticuatro horas al día, todos los días calendario del año).</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Hospitalización por Trastorno por Abuso de Sustancias</b>	<p><b>Admisiones:</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$4.00            Código de Cubierta 120- \$5.00            Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible veinticuatro horas al día, todos los días calendario del año).</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Laboratorio y laboratorios de alta tecnología</b>	<p><b>Laboratorios clínicos y de alta tecnología*</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0.50            Código de Cubierta 120- \$1.00            Código de Cubierta 130- \$1.50</p> <p>*Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.</p> <p>Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con generar un certificado de salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> <span style="font-size: 0.8em;">ESTA ES SU CUBIERTA</span>  <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b>  <small>(HMO-SNP)</small> </div>
<p><b>EPSDT- Menor de 21 años</b></p>	<p>Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$0                      Código de Cubierta 120- \$0                      Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Los requisitos de EPSDT no están cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Chequeos de EPSDT tienen que incluir todo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historial completo de salud y desarrollo; Evaluación del desarrollo, incluyendo: desarrollo mental, emocional y del comportamiento de la salud conductual; Medidas (incluyendo circunferencia de la cabeza a los infantes);</li> <li>- Evaluación del estado nutricional; Un examen físico completo sin ropa; Vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), las vacunas, en sí son provistas y pagadas por el Departamento de Salud para personas elegibles a Medicaid y CHIP. Ciertas pruebas de laboratorio. Orientación preventiva y educación en salud; Examen de la vista; Tuberculosis; La prueba de audición y evaluación dental y oral.</li> </ul> <p>Debe hacer referencia a las guías de CMS para EPSDT y a la política correspondiente de ASES.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p><b>Servicios de Sala de Emergencias (ER)</b></p>	<p><b>Visitas a la Sala de Emergencias</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$0                      Código de Cubierta 120- \$0                      Código de Cubierta 130- \$0</p> <p><b>Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, por visita</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$4.00                      Código de Cubierta 120- \$5.00                      Código de Cubierta 130- \$8.00</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Servicios de Sala de Emergencias (ER)</b>	<b>Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, por visita</b> Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$2.00 Código de Cubierta 120- \$3.00 Código de Cubierta 130- \$4.00  <b>Trauma</b> Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Servicios Ambulatorios para Trastorno por Abuso de Sustancias</b>	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00  La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible veinticuatro horas al día), todos los días calendario del año.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales</b>	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00  Todos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y emergencias veinticuatro horas al día, siete días a la semana e intervención en crisis, no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Visitas Ambulatorias</b>	<p><b>Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p><b>Servicios Pre-Natales</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0            Código de Cubierta 120- \$0            Código de Cubierta 130- \$0</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Dejar de Fumar</b>	<p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0            Código de Cubierta 120- \$0            Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Servicios para dejar de fumar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y mujeres embarazadas cuando sea médicamente necesario y recetado por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas con y sin receta según indicado por un médico.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Servicios de Maternidad</b>	<p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0            Código de Cubierta 120- \$0            Código de Cubierta 130- \$0</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <span style="width: 15px; height: 15px; background-color: white; margin-right: 5px;"></span> <span>ESTA ES SU CUBIERTA</span> </div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Servicios de Maternidad</b>	<p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico.</p> <p>Daño severo y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según lo certificado por un médico.</p> <p>Servicios prenatales</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Médico y Quirúrgico</b>	<p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del paciente al haber completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización.</p> <p>Cirugía ambulatoria</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Servicios de Visión</b>	<p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Servicios de Visión</b>	<p>Espeuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años (inclusive), se cubrirán cuando sea médicamente necesario, el beneficio de espeuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espeuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación y reemplazo de espeuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Exámenes de Audición</b>	<p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluido en el Plan del Estado.</p> <p>Audífonos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a EPSDT para servicios de audición cubiertos.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Terapia física, ocupacional y del habla</b>	<p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Cubierto sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del wrap around.</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	 ESTA ES SU CUBIERTA <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Medicamentos Recetados*</b>	<p><b>Preferidos (Niños (0-20)) / (Inclusive)</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$0                      Código de Cubierta 120- \$0                      Código de Cubierta 130- \$0</p> <p><b>Preferidos (Adultos)**</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$1.00                      Código de Cubierta 120- \$2.00                      Código de Cubierta 130- \$3.00</p> <p><b>No-Preferidos (Niños (0-20)) / (Inclusive)</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$0                      Código de Cubierta 120- \$0                      Código de Cubierta 130- \$0</p> <p><b>No-Preferidos (Adultos)**</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$3.00                      Código de Cubierta 120- \$4.00                      Código de Cubierta 130- \$6.00</p> <p><b>Abuso de sustancias ambulatorio</b>                      Código de Cubierta 100- \$0                      Código de Cubierta 110- \$0                      Código de Cubierta 120- \$0                      Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>*Los copagos se aplican a cada medicamento incluido en la misma receta.</p> <p>**Los copagos no se aplican a niños de 0 a 20 años de edad suscritos a Medicaid, personas médico-indigentes según el Estado, y niños de 0 a 20 años de edad suscritos al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), en grupos de edad 0-20 (inclusive).</p>	<p><b>Medicamentos Cubiertos</b>                      \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Medicamentos Recetados*</b>	<p>Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del beneficio de la Organización Medicare Advantage, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado.</p> <p>El medicamento debe aparecer en el formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y debe estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. También debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El beneficio de farmacia para todos los planes Medicare Advantage proveerá un año completo de cubierta bajo su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, sujeto a los copagos establecidos en la cubierta Platino como el único pago del bolsillo.</li> <li>- Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan Medicare Advantage están sujetos al proceso de excepción de CMS para la posible aprobación de un medicamento no cubierto. Si durante el proceso de excepción la denegación se mantiene por la organización Medicare Advantage incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto en el Formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, este medicamento será cubierto por el wrap around. El médico que receta tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan Medicare Advantage en la categoría necesaria.</li> <li>- Para que un medicamento se considere dentro del "wrap around" tiene que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Los medicamentos en el Formulario del Plan de Salud del Gobierno deben ser cubiertos bajo el beneficio de Platino bajo la clase terapéutica aplicable.</li> </ul>	<p><b>Medicamentos Cubiertos</b> \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<b>Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos</b>	<p><b>Preventivo (Niño)</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0            Código de Cubierta 120- \$0            Código de Cubierta 130- \$0</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

**Medicamentos Cubiertos**  
\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;"> <span style="font-size: 0.8em;">ESTA ES SU CUBIERTA</span> </div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos</b>	<p><b>Preventivo (Adulto)</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p><b>Restaurativo</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los siguientes beneficios están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintitún años, según ordenado por los requisitos de EPSDT;</li> <li>- Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintitún años de edad;</li> <li>- Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica;</li> <li>- Servicios dentales preventivos para adultos;</li> <li>- Servicios dentales restaurativos para adultos;</li> <li>- Un examen oral completo al año;</li> <li>- Un examen periódico cada seis meses;</li> <li>- Un examen oral limitado a un problema definido;</li> <li>- Una serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres años;</li> <li>- Una radiografía inicial periapical/ intraoral;</li> <li>- Hasta cinco radiografías periapicales/ intraorales adicionales por año;</li> <li>- Una radiografía sencilla de mordida al año;</li> <li>- Una radiografía doble de mordida al año;</li> <li>- Una radiografía panorámica cada tres años;</li> <li>- Una limpieza para adulto cada seis meses;</li> </ul>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

| ■ ESTA ES SU CUBIERTA   |
|---|---|---|---|---|
| <b>MMM RELAX PLATINO</b><br>(HMO-SNP)   | <b>MMM VALOR PLATINO</b><br>(HMO-SNP)   | <b>MMM GRANDE PLATINO</b><br>(HMO-SNP)  | <b>MMM CONECTADO PLATINO</b><br>(HMO-SNP)                                     | <b>PMC PREMIER PLATINO</b><br>(HMO-SNP)                                       |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: right;"> <span style="font-size: 1.2em;">■</span> ESTA ES SU CUBIERTA                 </div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una limpieza para niño cada seis meses;</li> <li>- Una aplicación tópica de fluoruro cada seis meses para los afiliados menores de diecinueve años de edad;</li> <li>- Selladores de fisura de por vida para los afiliados hasta los catorce años de edad, (incluyendo molares deciduos hasta los ocho años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries);</li> <li>- Restauración de amalgama;</li> <li>- Restauraciones de resina;</li> <li>- Endodoncia ("root canal");</li> <li>- Tratamiento paliativo; y</li> <li>- Cirugía oral</li> </ul>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Servicios Preventivos</b>	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0  Servicios de vacunación no cubiertos por: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parte B de Medicare</li> <li>2. Formulario de la Parte D de la Organización Medicare Advantage</li> <li>3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage</li> <li>4. No cubierto por el Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico pero incluidos en el Plan del Estado.</li> </ol> <p style="margin-left: 20px;">Vacunas</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Planificación familiar</b>	Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0  - Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.	

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;"> <span style="font-size: 0.8em;">ESTA ES SU CUBIERTA</span> </div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Planificación familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proporcionan servicios de salud reproductiva y asesoramiento sobre planificación familiar. Estos servicios deben brindarse de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el beneficiario sea menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación de la infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo de inserción/extracción de productos no orales, tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; al menos uno de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA cuando sea médicamente necesario y aprobado a través de preautorización o por medio de un proceso de excepción y que el proveedor de la receta pueda demostrar al menos una de las siguientes situaciones:</li> <li>- Contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado.</li> <li>- Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.</li> <li>- Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.</li> </ul>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<b>Otros Servicios</b>	<p><b>Rayos X*</b></p> <p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0.50            Código de Cubierta 120- \$1.00            Código de Cubierta 130- \$1.50</p> <p><b>Pruebas Diagnósticas Especiales*</b></p> <p>Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p>	\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)
<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN MEDICAID ESTATAL	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> <b>MMM DIAMANTE PLATINO</b> (HMO-SNP)
<b>Otros Servicios</b>	<p><b>Terapia Respiratoria</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p><b>Cuidado de Salud Infantil</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$0            Código de Cubierta 120- \$0            Código de Cubierta 130- \$0</p> <p><b>Examen Físico</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p><b>Cubierta Especial</b>            Código de Cubierta 100- \$0            Código de Cubierta 110- \$1.00            Código de Cubierta 120- \$1.50            Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>* Solo aplica a Pruebas Diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un tratamiento preventivo.</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

# PLAN HMO-SNP

 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA	 ESTA ES SU CUBIERTA
<b>MMM RELAX PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM VALOR PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM GRANDE PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>MMM CONECTADO PLATINO</b> (HMO-SNP)	<b>PMC PREMIER PLATINO</b> (HMO-SNP)

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

**Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del “Wrap Around”.**

**Los servicios en el “Wrap” Platino están sujetos a los copagos máximos en la tabla con excepciones y cero copagos para beneficiarios de Medicaid / CHIP y algunos servicios, a continuación:**

## **Beneficiarios de Medicaid / CHIP**

- Beneficiarios de Medicaid / CHIP
- Niños desde 0 a menos de 21 años de edad;
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el periodo de 60 días posparto);
- Los nativos americanos y nativos de Alaska (AI/AN);
- Las personas institucionalizadas; y
- Las personas que reciben cuidados de hospicio.

## **Servicios**

- Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, de hospital y servicios de posestabilización, según definidos en las regulaciones federales 1932 (b)(2) del Acta y 42 CFR 438.114 (a);
- Servicios de planificación familiar y suministros;
- Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad;
- Servicios relacionados con el embarazo y medicamentos para dejar de fumar;
- Servicios preventivos ofrecidos por el proveedor como se definen en 42 CFR 447.26 (b); y
- Visita no de emergencia a la sala de emergencias de un hospital puede eximirse del pago llamando al centro de llamadas del MCO para recibir un código que le exima del copago.

1. La tabla del “Wrap around” está sujeta a cambios en 01/01/2021.



# TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM

## MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de un nivel:

■ Medicamentos Cubiertos



La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta, se explican en el Formulario de Medicamentos para el 2021. En el formulario puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

## BENEFICIOS: Medicamentos Cubiertos

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)	MMM Grande Platino (HMO-SNP)	MMM Conectado Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

**BENEFICIOS**

# **MÁS ALLÁ**

**DE MEDICARE ORIGINAL**





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

# MMM Flexi Card

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



Comidas preparadas



Alimentos y provisiones en el supermercado



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



Gasolina



Productos de limpieza



Entradas para eventos de entretenimiento,  
como conciertos y películas

### Incluyendo:

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



### BENEFICIO POR CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Conectado Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
<b>\$65</b> mensual	<b>\$30</b> mensual	<b>\$145</b> mensual	<b>\$20</b> mensual

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

A close-up photograph of a person's hands withdrawing cash from an ATM. The person is wearing a maroon short-sleeved shirt and a silver metal watch on their left wrist. The ATM screen in the background displays the instruction: "REMOVE YOUR CARD TO BEGIN TRANSACTION PLEASE INSERT AND SWIPE YOUR CARD". The person is holding a stack of US dollar bills, including a \$20 bill and a \$10 bill. The image is overlaid with a teal and yellow gradient at the top and bottom.

# PROGRAMA DE DINERO EN **EFFECTIVO** O REEMBOLSO

# MMM Flexi Card

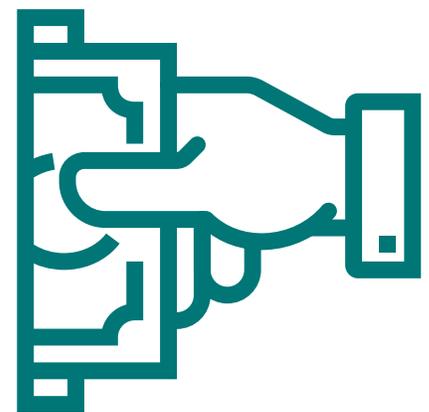
## PROGRAMA DE DINERO EN EFECTIVO O REEMBOLSO

**Con MMM Grande Platino (HMO-SNP):  
Usted es elegible para hasta \$130 por mes para  
ayuda a través de una tarjeta de débito, mientras  
esté activo en el plan.**

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

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

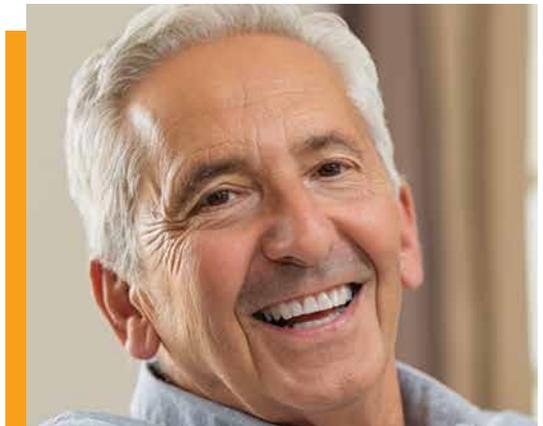
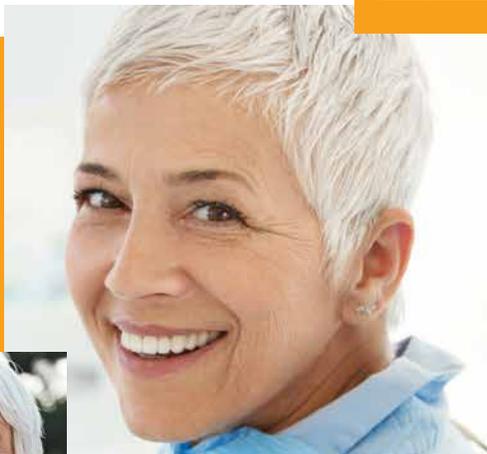
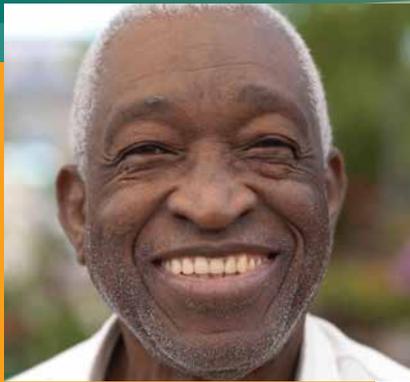
**\$0 COPAGO**



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

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

# RÍE DE VERDAD,



# CON **MÁS** BENEFICIOS DE SALUD DENTAL

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

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

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



### Además, en el 2021:

Tu aportación máxima por servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales será:

BENEFICIO POR CUBIERTA					
MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	MMM Relax Platino (HMO-SNP)	MMM Valor Platino (HMO-SNP)	MMM Grande Platino (HMO-SNP)	MMM Conectado Platino (HMO-SNP)	PMC Premier Platino (HMO-SNP)
\$5,000 anuales	\$2,000 anuales	\$1,500 anuales	\$2,000 anuales	\$1,000 anuales	\$2,500 anuales
0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro	33% coaseguro	20% coaseguro	0% coaseguro

Reglas de autorización pueden aplicar.



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

## ESCOGE, ORDENA Y RECIBE:



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



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



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

BENEFICIO POR CUBIERTA				
<b>MMM Diamante Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Relax Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Valor Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Conectado Platino</b> (HMO-SNP)	<b>PMC Premier Platino</b> (HMO-SNP)
<b>\$100</b> cada 3 meses	<b>\$60</b> cada 3 meses	<b>\$100</b> cada 3 meses	<b>\$50</b> cada 3 meses	<b>\$150</b> mensual

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

## ■ Evita el contagio de enfermedades, como COVID-19

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

## ■ Las marcas que conoces, disponibles en el 2021:

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

## ■ Tus suplementos nutricionales favoritos

- Ensure®
- Glucerna®



**¡OTC CON MMM, CADA AÑO SE PONE MEJOR!**

# MEDICAMENTOS RECETADOS

## iMMM te cuida!

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

Busca la lista de las más de **1,000 farmacias** participantes en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)

Para más información sobre este y otros servicios, comunícate al **Departamento de Servicios al Afiliado** al **1-866-333-5470** (libre de cargos), o al **1-866-333-5469** TTY (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



# ALIMENTOS A TU HOGAR



## A TU MESA

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

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

# TELÉFONO MÓVIL



## ¡TE PAGAMOS UN NUEVO SMARTPHONE!

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

### INCLUYE:

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

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



### BENEFICIO POR CUBIERTA

**MMM Grande Platino**  
(HMO-SNP)

**MMM Conectado Platino**  
(HMO-SNP)

# TRANSPORTACIÓN



A TU CITA

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

Para solicitar el servicio,  
llama 5 días laborables antes de la cita, al:

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

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



BENEFICIO POR CUBIERTA				
<b>MMM Diamante Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Relax Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Valor Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Conectado Platino</b> (HMO-SNP)	<b>PMC Premier Platino</b> (HMO-SNP)
<b>Ilimitado</b>	<b>Ilimitado</b>	<b>Ilimitado</b>	<b>4 viajes</b>	<b>24 viajes</b>

Reglas de autorización pueden aplicar.

# VISIÓN

Todas las cubiertas de MMM incluyen  
cuidado de visión.

Todo, con:

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

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

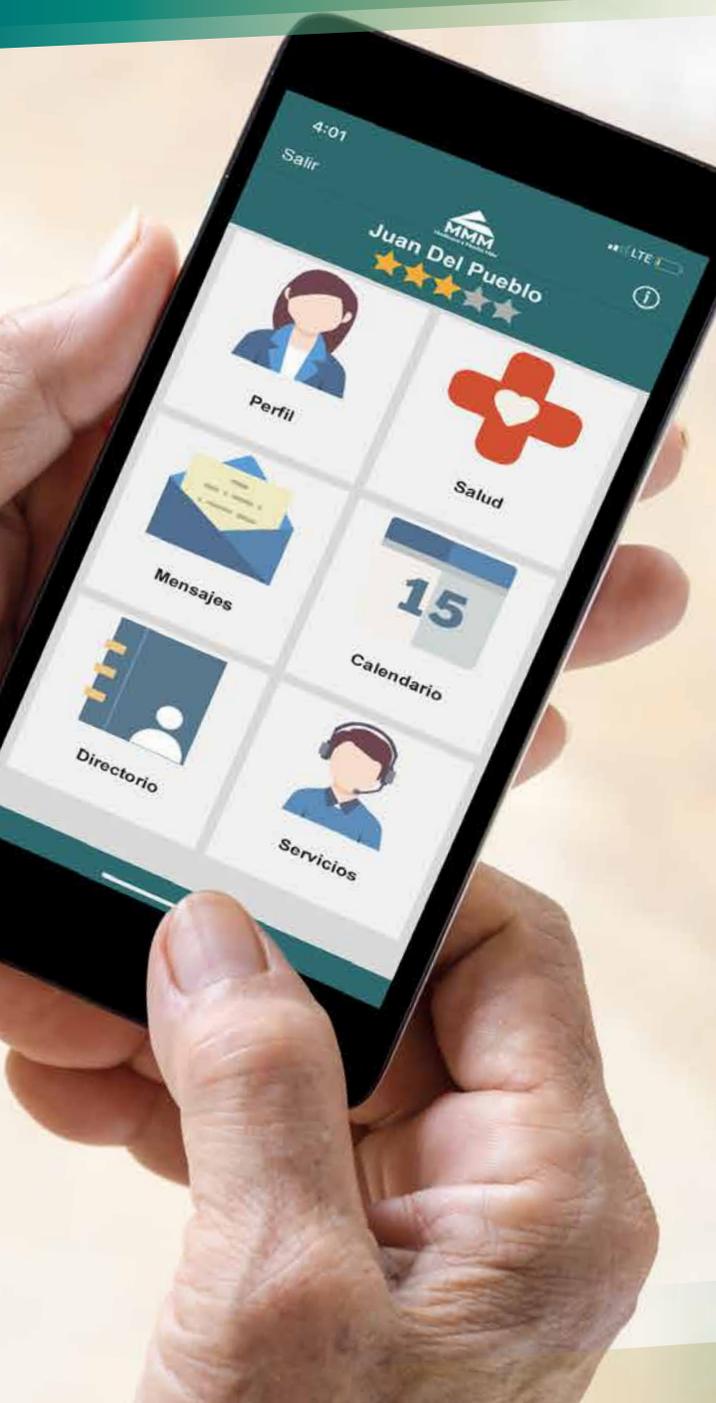
- Lentes regulares, bifocales, trifocales o de transición
- Tratamientos anti-reflectivos y anti-rayazos
- Reparación de espejos



BENEFICIO POR CUBIERTA				
<b>MMM Diamante Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Relax Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Valor Platino</b> (HMO-SNP)	<b>MMM Conectado Platino</b> (HMO-SNP)	<b>PMC Premier Platino</b> (HMO-SNP)
<b>\$825</b> anuales	<b>\$450</b> anuales	<b>\$450</b> anuales	<b>\$200</b> anuales	<b>\$450</b> anuales

Reglas de autorización pueden aplicar.

# ACCESO A TU ALCANCE



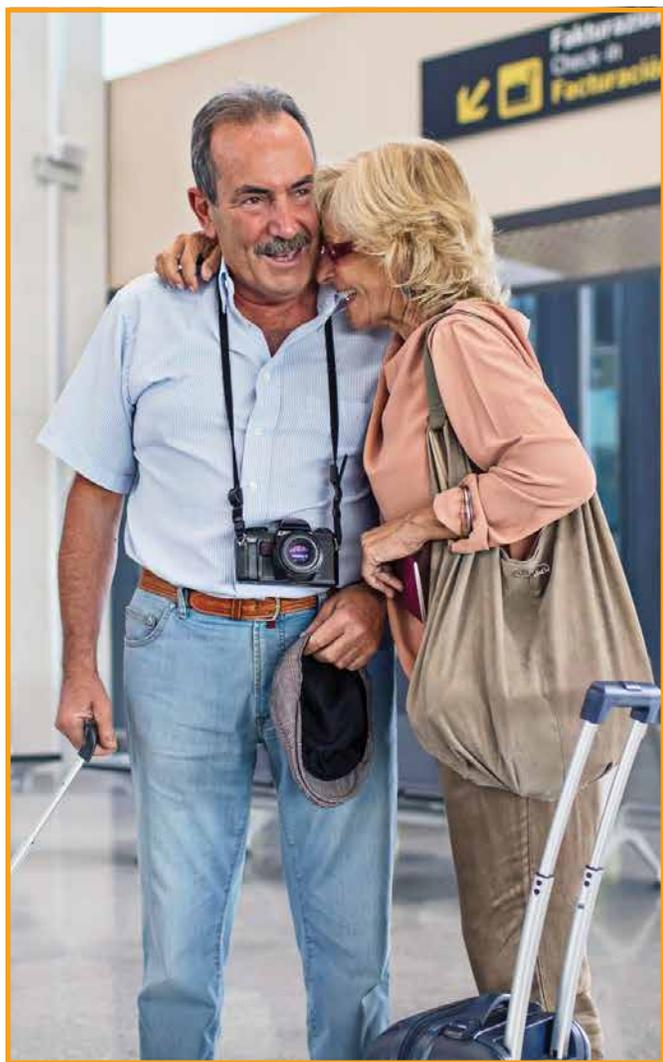
## APLICACIÓN MÓVIL

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

### Mira todo lo que puedes ver o hacer:

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

# SERVICIOS EN EL ESTADO DE FLORIDA, USA



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



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



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



Médicos primarios y especialistas



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

# PERÍODOS DE AFILIACIÓN

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



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

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



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

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

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



## PERÍODO CERRADO - 1 de abril al 14 de octubre

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



## PERÍODO DE AFILIACIÓN INICIAL

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

**Este período dura siete meses:**

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



## PERÍODO DE AFILIACIÓN ESPECIAL

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



## PERÍODO DE AFILIACIÓN ESPECIAL PARA INDIVIDUOS DUALES

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

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

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

# ENTENDIENDO EL PROGRAMA MEDICARE

## ¿Qué es Medicare?

### Medicare es un programa de seguro de salud para:

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

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

### PARTE A:

#### Cubierta de hospital; te cubre:

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

### PARTE B:

#### Cubierta Médica. Ayuda a cubrir:

- Servicios 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, debes 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 su prima de la Parte B.

## PARTE C:

### Planes Medicare Advantage

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

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

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

#### Los planes Medicare Advantage pueden ayudar a cubrir:

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

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

## PARTE D:

### Cubierta de medicamentos recetados

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

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

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

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

# OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB

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

## LEYENDA:



**Oficina Regional**



**Oficina Regional  
y Members Club**

## Área Metro

### Carolina

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

### Bayamón

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

### San Juan

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

## Área Oeste / Noroeste

### Aguadilla

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

### Hatillo

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

### Manatí

El 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.



## 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.



## Aviso sobre no discriminación

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

MMM Healthcare, LLC:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente.

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

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

**MMM Healthcare, LLC**

Apelaciones y Querellas

PO BOX 71114 San Juan, PR 00936-8014

**Fax:** 787-622-0485

[mmm@mmhmc.com](mailto:mmm@mmhmc.com)

Si necesita ayuda para hacerlo la Unidad de Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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



## Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

**Arabic (عربي):** ملحوظة: توافر ال لغوية المساعدة خدمات ف إن ال لغة، انكر ت تحدث ك نت إذا : ملحوظة 1-866-333-5470 ب رقم ات صل 1-866-333-5469) بكم ال صم هلت ف رقم (

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Lista de Cotejo Pre Afiliación

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

### Entendiendo los beneficios

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

### Entendiendo Reglas Importantes

- Además de la prima mensual del plan, usted tendrá que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se la descuentan de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Beneficios, primas y/o copagos/coaseguro puede cambiar el 1 de enero de 2022.
- Excepto en emergencias o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios fuera de la red de proveedores (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).

#### • Para planes PPO

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



### • **Para planes HMO-POS**

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

### • **Para planes C-SNP**

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

### • **Para planes D-SNP**

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







# ¿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 su 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.

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. 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). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。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)。Llamadas, textos y data ilimitados en tu smartphone al usar red de T-Mobile en EE.UU. y P.R. Se requiere equipo con capacidad para ciertas funciones. Las funciones de llamadas y textos ilimitados solo son para la comunicación directa entre dos personas; otros servicios (por ejemplo, redes de conferencias, líneas de chat, etc.) podrían no estar disponibles o tener un costo adicional. Data de alta velocidad solo en Puerto Rico y los Estados Unidos. Streaming de vídeo en su equipo normalmente a (480p). La optimización puede afectar la velocidad de descarga de vídeo; no aplica a la carga de vídeos. Para obtener el mejor rendimiento, deja las aplicaciones de streaming de vídeo en su configuración de resolución automática predeterminada. Enlace: 3GB de data de alta velocidad, luego ilimitado en nuestra red a velocidad máxima de 3G. Cobertura no disponible en algunas áreas; no somos responsables por las redes de nuestros socios. Control de la red: el servicio puede ponerse lento, suspenderse, cancelarse o restringirse por mal uso, uso anormal, interferencia con nuestra red o nuestra capacidad de brindar un servicio de calidad a otros usuarios, o por uso inmoderado de roaming. Durante congestión, clientes que usen >50GB/mes pueden notar velocidades reducidas hasta el próximo ciclo de facturación debido a priorización de datos. Uso en su equipo tiene mayor prioridad que el uso mediante enlace, lo cual puede resultar en velocidades mayores para la data usada en su equipo. Consulta T-Mobile.com/OpenInternet para conocer detalles sobre administración de data. Sujeto a los Términos y Condiciones (incluyendo cláusula de arbitraje) disponibles en www.t-mobilepr.com. T-Mobile y el color magenta son marcas comerciales registradas federalmente de Deutsche Telekom AG. ©2020 T-Mobile Puerto Rico, LLC.



PO BOX 71114, SAN JUAN, PR 00936-8014

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

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

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

[www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)

REPRESENTANTE DE VENTAS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CUBIERTA: \_\_\_\_\_

MMM Healthcare, LLC, es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico.  
La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. Y0049\_2021 1099 0001 2\_M