



Resumen de Beneficios

2026

MMM Único (HMO-POS)

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO-POS con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. Y0049_2026 1099 0003 1_M

Resumen de Beneficios 2026

La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM Único (HMO-POS) cubre y lo que pagarás.

Para una lista completa de los servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una “Evidencia de Cubierta”, o puedes acceder al documento visitando nuestra página de internet.

El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra agrandada y audio.

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama al Departamento de Ventas al 787-620-2396, 1-833-647-9555 (libre de cargos) o a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY llamen al 711. Estamos disponibles para tus llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Las llamadas a estos números son libres de cargos.

Visita nuestra página de internet en www.mmmpr.com.

MMM 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.

Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual actual “Medicare y Usted 2026”. Puedes verlo en internet en: <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Generalmente, tienes que utilizar farmacias en 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.mmmp.com), o si deseas una copia, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a MMM Único (HMO-POS), tienes que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un 1: pueden requerir preautorización.

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

Servicios con un 3: \$0 de copago para servicios disponibles en MMM Multiclínica.

CONOCE TU TIPO DE CUBIERTA

HMO-POS:

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

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

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

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

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Prima mensual del plan	\$15	
Deducible / Responsabilidad máxima de tu bolsillo	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible No pagas nada • Responsabilidad máxima de tu bolsillo \$3,250 	<p>Este plan no tiene deducible.</p> <p>Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.</p>
Cubierta hospitalaria^{1,2} /Cubierta Ambulatoria en el hospital ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario <ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: No pagas nada • Red General: \$50 de copago • Servicios ambulatorios en el hospital \$25 de copago 	<p>Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.</p>
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	No pagas nada	
Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas)²	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de Cuidado Primario No pagas nada • Especialistas No pagas nada 	
Cuidado preventivo ^{1,2}	No pagas nada	<p>Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<p>Cuidado de emergencias / Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de Emergencia \$75 de copago <p>Cubierta mundial: \$100 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado urgentemente necesario No pagas nada <p>Cubierta mundial: \$100 de copago</p>	<p>Si eres admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no pagas tu parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Ve la sección “Cuidado hospitalario” de este folleto para otros costos.</p>
<p>Servicios diagnósticos Laboratorios / Radiología ^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) ³ Servicios de laboratorio³ Pruebas y procedimientos diagnósticos Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> \$0-\$5 de copago 0%-20% del costo No paga nada No paga nada 	

PRIMA Y BENEFICIOS

MMM Único (HMO-POS)

LO QUE DEBES SABER

Servicios de audición/Servicios dentales/ Servicios de visión

Servicios de audición^{1,2}

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

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

\$1,250 cada tres (3) años para comprar audífonos para ambos oídos. Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

Servicios dentales^{1,2}

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

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

\$3,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos, ni diagnósticos, ni cubiertos por Medicare.

*Ciertos límites y restricciones aplican.

Servicios de visión^{1,2}

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

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

\$500 anuales para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto. Un examen rutinario de visión suplementario por año.

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<p>Cuidado de salud mental^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidado hospitalario• Visita de terapia grupal ambulatoria• Visita de terapia individual ambulatoria	<ul style="list-style-type: none">• \$50 de copago• No pagas nada• No pagas nada	<p>190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.</p> <p>90 días por cuidado intrahospitalario.</p> <p>60 “días de reserva de por vida”.</p>

BENEFICIOS ADICIONALES

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Reducción a la prima de la Parte B	\$3 mensual	
Cuidado de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) ^{1,2}	No pagas nada	100 días en un SNF.
Terapia física ^{1,2}	No pagas nada	
Ambulancia ²	No pagas nada	Autorización requerida, excepto para emergencias.
Transportación suplementaria ¹	No pagas nada	Veinticuatro (24) viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con un médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos. Eres elegible para viajes ilimitados desde y hacia las MMM Multiclínicas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2} • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina	Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B. Pudiese observar un coaseguro menor al 20% para algunos medicamentos de quimioterapia y Parte B con precios que hayan aumentado más rápido que la tasa de inflación.

PRIMA Y BENEFICIOS

MMM Único (HMO-POS)

LO QUE DEBES SABER

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

- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

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

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

Cuidado del pie^{1,2} (servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

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

Este plan cubre seis (6) visitas suplementarias por año para servicios de podiatría.

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

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

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

Programas de bienestar

No pagas nada

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

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

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<p>Cuidado quiropráctico^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios cubiertos por Medicare• Servicios suplementarios	<ul style="list-style-type: none">• No pagas nada• No pagas nada	<p>\$1,000 anuales para un máximo de ocho (8) visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>
<p>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>\$45 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario. Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Acupuntura¹ <ul style="list-style-type: none">• Servicios cubiertos por Medicare²• Servicios suplementarios	<ul style="list-style-type: none">• No pagas nada• No pagas nada	Doce (12) visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios por año.
Nutricionista	No pagas nada	Seis (6) visitas suplementarias al nutricionista por año.
Terapias alternativas <ul style="list-style-type: none">• Naturópata	<ul style="list-style-type: none">• No pagas nada• No pagas nada	Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño	No pagas nada	<p>\$45 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alfombra de baño médica• Asiento de inodoro elevado• Cabezal de ducha de mano• Alcanzador• Luz de noche <p>Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Acondicionamiento Físico	No pagas nada	<p>\$45 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pedales para ejercicio físico• Bandas elásticas para estiramiento <p>Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<p>MMM Flexi Card</p> <p>Recibirás una tarjeta en la que se depositará la cantidad asignada cada mes. Lo que no utilices, pasa al próximo mes durante el año contrato 2026. Límites y restricciones pueden aplicar. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.</p>	<p>No pagas nada</p>	<p>\$45 por mes (para una cantidad total de \$540 por año) mientras esté activo en el plan.</p> <p>Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comida preparada • Alimentos y provisiones • Gasolina • Productos de limpieza • Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.) • Utilidades • Artículos adicionales de OTC, incluyendo, artículos homeopáticos / medicina natural • Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño • Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio) • Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva • Copagos/Coaseguros • Cuidado de mascotas • Artículos de jardinería / ferretería • Toallas, ropa de cama y ropa • Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios

PRIMA Y BENEFICIOS

MMM Único (HMO-POS)

LO QUE DEBES SABER

MMM Flexi Card (Continuación)

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

No pagas nada

- Espejuelos (monturas y lentes, lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (Exámenes orales, Rayos X, Servicios de restauración, Endodoncia, Periodoncia, Prótesis removibles, Servicios de implantes, Dentaduras fijas, Cirugías orales/maxilofaciales, Servicios generales complementarios y Otros servicios diagnósticos dentales)

PRIMA Y BENEFICIOS

MMM Único (HMO-POS)

LO QUE DEBES SABER

MMM Asistencia

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

No pagas nada

Doce (12) servicios, \$300 por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. \$200 por evento aplican para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Control de plagas (2 por año)

Límites y restricciones pueden aplicar.

MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,100)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$3 de copago	\$6 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos Especializados Preferidos	25% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos Especializados	33% del costo	No disponible
	Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,100 en costos de tu bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		
Disfunción Eréctil	\$0 de copago para Medicamentos Genéricos por seis (6) pastillas al mes.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llame a Servicios al Afiliado.

Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina: no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.



PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014



787-620-2397

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

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



www.mmmpr.com



caminamos juntos