

MMM Deluxe (HMO-POS) ofrecido por MMM Healthcare, LLC.

Notificación Anual de Cambios para 2026

Usted está afiliado a MMM Deluxe.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el año que viene.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre - 7 de diciembre para hacer cambios en su cubierta de Medicare para el año que viene.** Si usted no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2025, permanecerá en MMM Deluxe.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al dorso de su folleto de *Medicare y Usted 2026*.
- Note que esto es solo un resumen de cambios. Hay más información sobre los costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cubierta*. Puede obtener una copia en www.mmmpr.com o llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener una copia por correo.

Recursos Adicionales

- Este material está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Según la Regla Final CMS-4205-F, publicada el 4 de abril de 2025, §§ 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de Disponibilidad de Servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares que, como mínimo, indique que nuestro plan proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y en al menos los 15 idiomas más hablados por las personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados pertinentes del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidad que requieran ayudas y servicios auxiliares a fin de garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información. El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es gratis.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como en braille, letra agrandada, audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si necesita la información del plan en algún otro formato.

Sobre MMM Deluxe

- MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO-POS con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a MMM Deluxe.
- **Si usted no hace nada en o antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente será afiliado en MMM Deluxe.** Comenzando el 1 de enero de 2026, usted recibirá su cubierta médica y de medicamentos a través de MMM Deluxe. Vaya a la Sección 3 para más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacer el cambio.

Y0049_2026 1140 0011 1_M
MMM-PDG-MIS-623-081225-S

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios a Beneficios y Costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios a la Prima Mensual del Plan	7
Sección 1.2 Cambios a la Cantidad Máxima de Pagos de su Bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores.....	8
Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la Cubierta de Medicamentos de la Parte D	20
Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados	20
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos.....	24
SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Plan.....	26
Sección 3.1 La Fecha Límite para Cambiar de Plan	27
Sección 3.2 ¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?	27
SECCIÓN 4 Reciba Ayuda Pagando Sus Medicamentos Recetados.....	27
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?.....	28
Obtenga Ayuda de MMM Deluxe	28
Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	29
Obtenga Ayuda de Medicare.....	29

Resumen de Costos Importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para detalles.	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual
Cantidad máxima de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Vea la Sección 1.2 para detalles.)	\$3,250	\$3,250
Visitas de cuidado primario	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Visitas a especialistas	\$5 de copago por cada visita a especialistas \$0 de copago por servicios disponibles en las MMM Multiclínicas	\$5 de copago por cada visita a especialistas \$0 de copago por servicios disponibles en las MMM Multiclínicas
Estadías hospitalarias Incluye hospitalizaciones agudas, hospitalizaciones de rehabilitación, hospitales de cuidado prolongado, y otros tipos de servicios hospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es formalmente admitido al hospital con una orden médica. El día antes del alta hospitalaria será su último día de admisión.	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: UNIDAD DORADA \$0 de copago por admisión o estadía Nivel 2: Red Preferida \$10 de copago por	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida \$0 de copago por admisión o estadía, incluyendo UNIDAD DORADA

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	admisión o estadía Nivel 3: Red General \$50 de copago por admisión o estadía	Nivel 2: Red General \$50 de copago por admisión o estadía
Deducible de la cubierta de la Parte D (Vea la Sección 1.7 para detalles.)	\$0	\$0
Cubierta de medicamentos de la Parte D (Vea la Sección 1.7 para detalles, incluyendo las Etapas de Deducible Anual, Cubierta Inicial y de Cubierta Catastrófica.)	Copago/Coaseguro, según aplique, durante la Etapa de Cubierta Inicial: Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$3 de copago Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$4 de copago Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$10 de copago Medicamentos Nivel 4 (Marca No Preferida): \$15 de copago. Medicamentos Nivel 5 (Especializados Preferidos): 25% de coaseguro. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada	Copago/Coaseguro, según aplique, durante la Etapa de Cubierta Inicial: Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$8 de copago Medicamentos Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos): \$12 de copago Medicamentos Nivel 5 (Especializados Preferidos):

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos Nivel 6 (Especializados): 33% de coaseguro Medicamentos Nivel 7 (Cuidado Selecto): \$0 de copago Etapas de Cubierta Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	25% de coaseguro. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos Nivel 6 (Especializados): 33% de coaseguro Medicamentos Nivel 7 (Cuidado Selecto): \$0 de copago Etapas de Cubierta Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN I Cambios a Beneficios y Costos para el próximo año

Sección I.1 Cambios a la Prima Mensual del Plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual
Reducción de la prima mensual de la Parte B Esta cantidad será deducida de su Prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	\$171.50 reducción de la prima mensual	\$155 reducción de la prima mensual

Factores que podrían cambiar su Cantidad de la Prima de la Parte D

- Penalidad por Afiliación Tardía – Su prima mensual del plan será *mayor* si se le requiere pagar de por vida una penalidad por afiliación tardía a la Parte D por no tener cubierta de medicamentos que sea al menos tan buena como la cubierta de medicamentos de Medicare (también conocida como cubierta acreditable) por 63 días o más.
- Recargo por Mayor Ingreso - Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos de Medicare.

Sección I.2 Cambios a la Cantidad Máxima de Pagos de su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo por el año. Este límite se llama la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Cuando alcance esta cantidad, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos (ni por otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cantidad máxima de pagos de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan hacia la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. No hay cambios para el próximo año.	\$3,250	\$3,250 Una vez que haya pagado \$3,250 de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2026* en www.mmmpr.com para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red. Para recibir un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado:

- Visite nuestra página de Internet www.mmmpr.com.
- Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para recibir información actual sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mediados de año lo afecta, comuníquese con Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para ayuda. Para más información sobre sus derechos cuando un proveedor deja nuestro plan, vea el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cubierta*.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2026* en www.mmmpr.com para ver cuáles farmacias son parte de nuestra red. Para recibir un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado:

- Visite nuestra página de Internet www.mmmpr.com.
- Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para recibir información actual sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Podemos realizar cambios a las farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestras farmacias a mediados de año lo afecta, comuníquese con Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para que podamos ayudarlo.

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cuidado hospitalario	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. <u>Nivel 1: UNIDAD DORADA</u> Usted paga \$0 de copago por admisión o estadía <u>Nivel 2: Red Preferida</u> Usted paga \$10 de copago por admisión o estadía <u>Nivel 3: Red General</u> Usted paga \$50 de copago por admisión o estadía	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. <u>Nivel 1: Red Preferida</u> \$0 de copago por admisión o estadía, incluyendo UNIDAD DORADA <u>Nivel 2: Red General</u> \$50 de copago por admisión o estadía
Servicios ambulatorios de observación	Para servicios de observación, sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.	Para servicios de observación, sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Nivel 1: Red Preferida</u> Usted paga \$10 de copago por servicios de observación. <u>Nivel 2: Red General</u> Usted paga \$50 de copago por servicios de observación.	<u>Nivel 1: Red Preferida</u> Usted paga \$0 de copago por servicios de observación. <u>Nivel 2: Red General</u> Usted paga \$50 de copago por servicios de observación.
Servicios de transportación - Suplementario	Usted paga \$0 de copago por servicios de transportación suplementarios. Usted es elegible para hasta seis (6) viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud, tales 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. Usted es elegible para viajes ilimitados desde y hacia las MMM Multiclínicas.	Usted paga \$0 de copago por servicios de transportación suplementaria desde y hacia las MMM Multiclínicas. Usted es elegible para viajes ilimitados desde y hacia las MMM Multiclínicas. Servicios de transportación no cubiertos a ninguna otra localidad.
Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) - Suplementario	Usted paga \$0 de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios. Usted es elegible para hasta \$25 cada tres (3) meses para ser usados en la	Usted paga \$0 de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios. Usted es elegible para hasta \$25 cada tres (3) meses para ser

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	compra de artículos OTC de salud y bienestar. El plan cubre: 1. Vitaminas y minerales 2. Suplidos de primeros auxilios 3. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 4. Cuidado de la boca 5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads) 6. Monitor de presión arterial 7. Terapia de Reemplazo de Nicotina 8. Suplementos de fibra 9. Bloqueador solar tópico 10. Elementos de apoyo para mayor comodidad 11. Cremas hidratantes para la piel (incluyendo, entre otras, lociones para el rostro, el cuerpo y los pies utilizadas para piel seca) 12. Jabón (antibacterial /antimicrobiano recomendado por el médico) 13. Pruebas caseras de COVID-19 Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas	usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar. El plan cubre: 1. Vitaminas y minerales 2. Suplidos de primeros auxilios 3. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 4. Cuidado de la boca 5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads) 6. Monitor de presión arterial 7. Terapia de Reemplazo de Nicotina 8. Suplementos de fibra 9. Bloqueador solar tópico 10. Elementos de apoyo para mayor comodidad 11. Cremas hidratantes para la piel (incluyendo, entre otras, lociones para el rostro, el cuerpo y los pies utilizadas para piel seca)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	(solo artículos homeopáticos / medicina natural), 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.	12. Jabón (antibacterial /antimicrobiano recomendado por el médico) 13. Pruebas caseras de COVID-19 14. Artículos homeopáticos / medicina natural Este es un 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.
Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare	Usted paga \$4 de copago por Inmunosupresores Genéricos si tuvo un trasplante cubierto por Medicare. Usted paga \$15 de copago por Inmunosupresores de Marca si tuvo un trasplante cubierto por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por Inmunosupresores Genéricos si tuvo un trasplante cubierto por Medicare. Usted paga \$12 de copago por Inmunosupresores de Marca si tuvo un trasplante cubierto por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Usted paga \$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.	Usted paga 20% del costo por servicios dentales cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por servicios disponibles en las MMM Multiclínicas.
Servicios dentales comprensivos- Suplementarios	Usted paga \$0 de copago por servicios dentales comprensivos suplementarios. Usted es elegible para hasta \$1,000 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios, excepto para servicios de diagnóstico y servicios cubiertos por Medicare.	Servicios dentales comprensivos suplementarios <u>no</u> cubiertos.
Espejuelos- Suplementario	Usted paga \$0 de copago por espejuelos suplementarios. Usted es elegible para hasta \$200 por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y / o lentes de contacto.	Espejuelos suplementarios <u>no</u> cubiertos.
Examen de audición - Suplementario	Usted paga \$0 de copago por la evaluación de ajuste de aparatos auditivos suplementarios. Usted es elegible para hasta una (1) visita para	Evaluación de ajuste de aparatos auditivos suplementarios <u>no</u> cubierto.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	evaluación de ajuste de aparatos auditivos suplementarios por año.	
Aparatos auditivos - Suplementarios	Usted paga \$0 de copago por aparatos auditivos suplementarios. Usted es elegible para hasta \$1,250 cada tres (3) años para compra de aparatos auditivos para ambos oídos combinados.	Aparatos auditivos suplementarios <u>no</u> cubiertos.
MMM Flexi Card– Suplementario	MMM Flexi Card <u>no</u> cubierta.	Usted paga \$0 de copago por la MMM Flexi Card bajo los beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI). Usted es elegible para recibir la cantidad mensual de \$10 en forma de tarjeta de débito. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios: - Comida preparada - Alimentos y provisiones - Gasolina - Productos de limpieza - Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		- Utilidades - Artículos fuera de recetario (OTC) adicionales, 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 - Espejuelos (monturas y lentes, lentes de contacto o mejoras)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		- 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) Cualquier saldo remanente al final de mes se transferirá al mes siguiente durante el año contrato 2026. El balance no se transfiere de un año contrato a otro. Para cualificar, usted debe tener una condición crónica, como: hiperlipidemia, diabetes mellitus,

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares y enfermedad vascular periférica, entre otras. Sin embargo, la elegibilidad no se garantiza solo por su condición, debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables. Por favor, vea la Sección 2. Además, puede encontrar los requisitos de elegibilidad y una lista completa de condiciones crónicas en el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.
MMM Asistencia-Suplementario	Usted paga \$0 copago por MMM Asistencia bajo las flexibilidades permitidas por el modelo de <i>Value-Based Insurance Design (VBID)</i>. Usted es elegible para hasta doce (12) eventos individuales al año para los siguientes servicios: - Servicios de asistencia en carretera* - Reparaciones menores en el hogar*	Usted paga \$0 de copago por MMM Asistencia bajo los beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI). Usted es elegible para hasta doce (12) eventos individuales al año para los siguientes servicios:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior cada semestre (dos (2) al año)) *Aplica cantidad máxima de \$300 por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar. Para ser elegible a los servicios de asistencia en carretera, el vehículo debe tener 15 años o menos. Para recibir este beneficio, debe padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, vea su Evidencia de Cubierta.	- Servicios de asistencia en carretera* - Reparaciones menores en el hogar* - Reparaciones de enseres** (una (1) visita cada semestre (dos (2) al año)) - Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior cada semestre (dos (2) al año)) *Aplica cantidad máxima de \$300 por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar. **Aplica cantidad máxima de \$200 por cada evento de reparación de enseres. Para ser elegible a los servicios de asistencia en carretera, el vehículo debe tener 15 años o menos. Los enseres deben tener 10 años o menos para ser elegibles a los servicios de

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		reparación de enseres. Para más detalles sobre los servicios cubiertos, refiérase a su Evidencia de Cubierta. Para cualificar, usted debe tener una condición crónica, como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares y enfermedad vascular periférica, entre otras. Sin embargo, la elegibilidad no se garantiza solo por su condición, debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables. Por favor, vea la Sección 2. Además, puede encontrar los requisitos de elegibilidad y una lista completa de condiciones crónicas en el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

Sección 1.6 Cambios en la Cubierta de Medicamentos de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se provee de manera electrónica.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir eliminar o añadir medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cubierta para ciertos medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, pudiésemos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que pudieran afectarle durante el año. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea, por lo menos una vez al mes, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cubierta* y hable con el que le prescribe para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para más información.

Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

¿Recibe Ayuda Adicional para los costos de su cubierta de medicamentos?

Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información referente a costos por medicamentos de la Parte D puede que no le aplique a usted.**

Etapas de Pago de Medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cubierta Inicial y la Etapa de Cubierta Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cubierta y el Programa de Descuento de la Brecha de Cubierta ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.

- ***Etapas 2: Cubierta Inicial***

Durante esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen \$2,100.

- ***Etapas 3: Cubierta Catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos de la Brecha de Cubierta ha sido sustituido por el Programa de Descuentos para Fabricantes. Bajo el Programa de Descuentos para Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cubierta Inicial y la Etapa de Cubierta Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos para Fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Costos de Medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra su costo por medicamento durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible Anual	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.

Costos de Medicamentos en la Etapa 2: Cubierta Inicial

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para más información sobre los costos de las vacunas, o para información sobre los costos de suplidos a largo plazo o del servicio de envío por correo, vea el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cubierta*.

Una vez haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, se moverá a la próxima etapa (Etapa de Cubierta Catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1 Genéricos Preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	\$3 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genéricos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	\$4 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 Marca Preferida: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	\$10 de copago	\$8 de copago
Nivel 4 Medicamentos No Preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se	\$15 de copago	\$12 de copago

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.		
Nivel 5 Medicamentos Especializados Preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	25% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	25% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 6 Medicamentos Especializados: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	33% del costo total.	33% del costo total.
Nivel 7 Medicamentos de Cuidado Selecto: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	\$0 de copago	\$0 de copago

Cambios en la Etapa de Cubierta Catastrófica

Para obtener información específica sobre la Etapa de Cubierta Catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6 en su *Evidencia de Cubierta*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Modelo de Value-Based Insurance Design (VBID)	Basado en alguna de las condiciones crónica elegibles, usted es automáticamente elegible a los beneficios a continuación: • MMM Flexi Card • MMM Asistencia	Para el año contrato 2026, CMS discontinuó el Modelo de Value-Based Insurance Design (VBID). Sin embargo, este plan ofrece los siguientes beneficios a través del programa para Beneficios Suplementarios para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés): - MMM Flexi Card - MMM Asistencia Para obtener los beneficios, debe cualificar para SSBCI si tiene una condición crónica, si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica, entre otras. Para obtener más información sobre requisitos de elegibilidad necesarios para cualificar para SSBCI o para obtener una lista completa de condiciones crónicas, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cubierta del plan.
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero – diciembre). Usted pudiese estar	Si usted está participando del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y se mantiene en el mismo plan de Parte D, su participación será automáticamente renovada para 2026.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	participando de esta opción de pago.	Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 833-696-2087 (Usuarios de TTY llamen al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Plan

Para permanecer en MMM Deluxe, usted no necesita hacer nada. Si no se afilia en un plan diferente o se cambia a Medicare Original en o antes del 7 de diciembre, automáticamente será afiliado en nuestro MMM Deluxe.

Si usted desea cambiar de plan para el 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud Medicare diferente,** afíliese a un nuevo plan. Será automáticamente dado de baja de MMM Deluxe.
- **Para cambiar a Medicare Original con cubierta de medicamentos de Medicare,** afíliese en el nuevo plan con medicamentos de Medicare. Será automáticamente dado de baja de MMM Deluxe.
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** nos puede enviar una solicitud por correo para desafiliarlo. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) para más información sobre cómo hacerlo. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que lo den de baja. Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si usted no se afilia a un plan de Medicamentos Medicare, pudiese tener que pagar una penalidad por afiliación tardía (vea la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, lea el folleto *Medicare y Usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 5), o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, MMM Healthcare, LLC., ofrece otros planes de salud Medicare. Estos planes pueden ser distintos en cubierta, primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

Sección 3.1 La Fecha Límite para Cambiar de Plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cubierta entre el **15 de octubre - 7 de diciembre**.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cubierta para medicamentos de Medicare) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta separada para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados
- Tienen o están dejando una cubierta patronal
- Se muden del área de servicio del plan

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado prolongado), puede cambiar su cubierta de Medicare en **cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cubierta de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Reciba Ayuda Pagando Sus Medicamentos Recetados

Usted pudiera cualificar para asistencia para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, algunos tipos de ayuda:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Personas con ingresos limitados pudiesen cualificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cualifica, Medicare pudiese pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos incluyendo primas mensuales para medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, aquellas personas que cualifican no tienen penalidad por afiliación tardía. Para ver si usted cualifica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a.m. y 7:00 p.m., de lunes a viernes, para un representante. Mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o

- Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda con los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que individuos elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado, y no tener seguro médico o tener una cubierta limitada. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si actualmente está inscrito cómo continuar recibiendo asistencia llame al 787-765-2929, extensiones 5106, 5113, 5115, 5116, 5117, 5119, 5121, 5135, 5136, 5137, 5138 y 5149. Cuando llame, asegúrese de informarles sobre el nombre de su plan de la Parte D de Medicare, o número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago para ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de su cubierta de medicamentos actual distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero – diciembre). Cualquiera con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cubierta de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cubierta de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para quienes cualifican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 833-696-2087 (Usuarios de TTY llamen al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga Ayuda de MMM Deluxe

- **Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711.)**

Estamos disponibles para 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.

- **Lea su *Evidencia de Cubierta 2026***

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2026. Para detalles, busque en la *Evidencia de Cubierta 2026* para MMM Deluxe. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los

beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Acceda la *Evidencia de Cubierta* en nuestra página de Internet www.mmmpr.com o llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY llamen al 711) solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.mmmpr.com**

Nuestra página de Internet contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Formulario/Lista de Medicamentos).

Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con consultores adiestrados en cada estado. En Puerto Rico, el SHIP se llama Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

Llame a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada para recibir asesoramiento personalizado y gratuito sobre el seguro de salud. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y contestar preguntas sobre el cambio de plan. Llame a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o 1-877-725-4300, 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY deben llamar al 787-919-7291. Usted puede conocer más acerca de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página electrónica (www.oppea.pr.gov/).

Obtenga Ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Converse en vivo en www.Medicare.gov**

Usted puede conversar en vivo accediendo www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Usted puede escribirle a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cubierta y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud Medicare en su área

- **Lea *Medicare & Usted 2026***

El folleto *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. El mismo cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Reciba una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.