

# PMC Max (HMO-POS) ofrecido por MMM Healthcare, LLC

## Notificación Anual de Cambios para 2021

Usted está actualmente afiliado a PMC Max. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cubierta de Medicare para el año que viene.**
- 

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante verificar su cubierta ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Busque en las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en nuestra cubierta de medicamentos recetados para ver si le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones como, por ejemplo, la necesidad de nuestra aprobación antes de procesar su receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias?  
¿Hay cambios en los costos al utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de Medicamentos para el 2021 y busque en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cubierta de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede representar un ahorro en sus costos máximos de bolsillo durante el año. Para recibir información adicional sobre los costos de los medicamentos,

visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estas tablas resaltan cuáles fabricantes han estado aumentando sus precios y también presentan otra información de medicamentos de año en año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos, incluyendo especialistas que usted visita regularmente, en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
  - Busque en la Sección 1.3 para obtener información sobre el Directorio de Proveedores y Farmacias.
  
- Piense en los costos totales de su cuidado de salud.
  - ¿Cuánto va a pagar de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
  - ¿Cuánto va a pagar por su prima y deducibles?
  - ¿Cómo comparan los costos totales con otras opciones de cubierta de Medicare?

Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.

**2. COMPARE:** Busque información sobre otras opciones de plan

Verifique la cubierta y los costos de planes en su área.

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- Revise la lista al dorso de su folleto *Medicare y Usted*.
- Busque en la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez reduzca sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cubierta en la página de Internet de ese plan.

**3. ESCOJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2020, será afiliado en PMC Max.

- Si quiere cambiar a un **plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

#### **4. AFÍLIESE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, será afiliado en PMC Max.
- Si se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cubierta comenzará el **1 de enero de 2021**. Usted será desafiliado automáticamente de su plan actual.

#### **Recursos Adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, póngase en contacto con nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-333-5469). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como en braille, letra agrandada, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si

necesita la información de nuestro plan en algún otro formato.

- **La cubierta bajo este plan cualifica como Cubierta Médica Calificada** (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite la página de Internet del Servicio de Rentas Internas (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para más información.

### **Sobre PMC Max**

- MMM Healthcare, LLC, es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a PMC Max.

Y0049\_2021 1140 0011 2\_M

MMM-PDG-MIS-161-080520-S

## Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y de 2021 para PMC Max en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	<b>\$0 prima mensual</b>	<b>\$0 prima mensual</b>
* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para detalles.		

**Cantidad máxima de bolsillo****\$3,250****\$3,250**

Este es el máximo que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos.

(Vea la Sección 1.2 para detalles.)

**Visitas a oficinas médicas**

Visitas de cuidado primario: **\$0** de copago por visita

Visitas de cuidado primario: **\$0** de copago por visita

Visitas a especialistas: Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.

Visitas a especialistas: Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.

**Nivel 1: Red Preferida** \$1 de copago por visita

**Nivel 1: Red Preferida** \$0 de copago por visita



**Nivel 2: Red**  
**General**  
**\$5** de copago  
por visita

**Nivel 2: Red**  
**General**  
**\$5** de copago  
por visita

**Estadías****hospitalarias**

Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día antes del día de alta, es su último día de cuidado hospitalario.

Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.

**Nivel 1:**  
**UNIDAD**  
**DORADA**  
\$0 de copago por estadía

**Nivel 2: Red**  
**Preferida** \$25  
de copago por estadía

**Nivel 3: Red**  
**General** \$50  
de copago por estadía

Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.

**Nivel 1:**  
**UNIDAD**  
**DORADA**  
\$0 de copago por estadía

**Nivel 2: Red**  
**Preferida** \$25  
de copago por estadía

**Nivel 3: Red**  
**General** \$50  
de copago por estadía

## Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D

(Vea la Sección 1.6 para detalles.)

Para saber cuáles medicamentos cualifican como insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos que le enviamos por correo. Si tiene dudas sobre su Lista de Medicamentos, puede llamar a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Deducible: **\$0**

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 (Marca No Preferida):

Deducible: **\$0**

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 (Marca No Preferida):

**\$12 de copago**

- Medicamentos Nivel 5 (Especializados): **25%** de coaseguro

**\$12 de copago**

- Medicamentos Nivel 5 (Especializados): **25%** de coaseguro
- Insulinas selectas: **\$0** de copago

## ***Notificación Anual de Cambios para 2021***

### **Tabla de Contenido**

<b>Resumen de costos importantes para 2021.....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>9</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	9
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo .....	10
Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores .....	11
Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias .....	13
Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	14
Sección 1.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	32
<b>SECCIÓN 2 Decidir cuál plan elegir .....</b>	<b>41</b>
Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en PMC Max.....	41
Sección 2.2 – Si usted quiere cambiar de plan.....	41
<b>SECCIÓN 3 La fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>43</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare....</b>	<b>44</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por sus Medicamentos Recetados .....</b>	<b>45</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Preguntas? .....</b>	<b>47</b>
Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de PMC Max .....	47

---

## Sección 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare .....49

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima Mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual

- 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.
- Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos recetados de Medicare.

- Su prima mensual será menor si usted recibe “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos recetados. Favor de ver la Sección 7 para “Ayuda Adicional” de Medicare.

---

## **Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo**

---

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante 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 por el resto del año.



Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</b></p> <p>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.</p> <p>No hay cambios para el próximo año.</p>	<p><b>\$3,250</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>\$3,250</b></p> <p>Una vez que haya pagado <b>\$3,250</b> de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p>

---

### **Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores**

---

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com), incluyendo los proveedores de

hospicio que entraron a la red. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Por favor revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2021* para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay un número de razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un intento de buena fe para notificarle, con al menos 30 días de anticipación, si su proveedor deja nuestro plan para que usted tenga oportunidad de escoger un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si usted está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario continúe sin interrupciones, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.

- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor previo o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su doctor o proveedor estará dejando el plan, por favor llámenos para así poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

---

## **Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias**

---

Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de cuál farmacia use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si las obtiene en una de las farmacias en nuestra red.

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Por favor, revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2021* para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cubierta para algunos servicios médicos para el próximo año. La información que aparece a continuación describe estos cambios. Para detalles sobre cubierta y costos por estos servicios, vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cubierta 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (año próximo)
<b>Servicios de especialistas</b>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> Usted paga \$1 de copago por visita</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b></p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> Usted paga \$0 de copago por visita</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga \$5 de copago por visita</p>

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
	Usted paga <b>\$5</b> de copago por visita	
<b>Servicios para el tratamiento de enfermedades y condiciones del riñón</b>	<p>Sus costos para tratamiento de diálisis pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b>  <u>Diálisis peritoneal</u>  Usted paga <b>0%</b> del costo total</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u>  Usted paga <b>5%</b> del costo total</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b></p>	

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
	<p><u>Diálisis peritoneal</u> Usted paga <b>0%</b> del costo total</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga <b>20%</b> del costo total</p>	
<p><b>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</b> - <b>Suplementarios</b></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$110</b> cada mes para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$150</b> cada mes para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p>

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vitaminas y minerales</li> <li>2. Suplidos de primeros auxilios</li> <li>3. Medicamentos , ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li> <li>4. Cuidado de la boca</li> <li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li> <li>6. Monitor de presión arterial</li> <li>7. Terapia de Reemplazo de Nicotina</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vitaminas y minerales</li> <li>2. Suplidos de primeros auxilios</li> <li>3. Medicamentos , ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li> <li>4. Cuidado de la boca</li> <li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li> <li>6. Monitor de presión arterial</li> <li>7. Terapia de Reemplazo de Nicotina</li> <li>8. Suplementos de fibra</li> </ol>

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
		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)



**Servicios dentales comprensivos-Suplementarios**

Usted paga **0%** del costo total por servicios de diagnóstico.

En adición, usted paga el **33%** del costo total por los siguientes servicios suplementarios dentales comprensivos:

- Servicios cubiertos por Medicare
- Restaurativo
- Endodoncia
- Periodoncia
- Extracciones
- Cirugía oral y maxilofacial
- Prostodoncia

**Servicios Restaurativos**

Poste y Reconstrucción de Muñón y/o

Usted paga **0%** del costo total por los siguientes servicios

suplementarios dentales

comprensivos:

- Diagnóstico
- Servicios cubiertos por Medicare
- Restaurativo
- Endodoncia
- Periodoncia
- Extracciones
- Cirugía oral y maxilofacial
- Prostodoncia

**Servicios Restaurativos**

Usted es elegible para tratamientos **ilimitados** para la reconstrucción de poste y muñón y/o coronas individuales por

Corona Individual  
no cubierto.

**Servicios de Endodoncia**

“Root Canal”-  
Retratamiento no  
cubierto.

**Servicios de Periodoncia**

Cirugía Ósea no  
cubierta.

**Servicios de Cirugía Oral**

Remoción del  
torus palatino,  
torus mandibular  
y exóstosis no  
cubierto.

Frenectomía no  
cubierta.

**Servicios de Prostodoncia**

año, por diente,  
por vida, sujeto a  
la cantidad  
máxima del plan.

**Servicios de Endodoncia**

“Root Canal”-  
Retratamiento  
cubierto en  
molares  
permanentes,  
dientes  
anteriores y  
premolares solo  
cuando lo realiza  
un proveedor  
diferente  
(especialista) y  
una oficina  
dental diferente.

**Servicios de Periodoncia**

Cirugía ósea  
cubierta por  
cuadrante,  
siempre y  
cuando sea

Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de metal fundido para dentadura parcial con base de resina cada cinco **(5)** años o dentadura parcial de base flexible cada ocho **(8)** años.

Dentaduras fijas e implantes no cubiertos.

Usted es elegible para hasta **\$1,500** por año para una **(1)** dentadura completa o

realizada por un especialista.

### **Servicios de Cirugía Oral**

Remoción del torus palatino, torus mandibular y exóstosis cubierto uno **(1)** por arco, cada cinco **(5)** años.

Frenectomía cubierta una **(1)** por arco, por vida.

### **Servicios de Prostodoncia**

Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de

parcial cada  
cinco **(5)** años.

metal fundido  
para dentadura  
parcial con base  
de resina o  
dentadura parcial  
de base flexible  
cada cinco **(5)**  
años.

Dentaduras fijas  
cubiertas una **(1)**  
por diente, por  
vida.

Colocación  
quirúrgica del  
cuerpo del  
implante,  
implante  
endóseo cubierto  
uno **(1)** por  
diente de por  
vida.

Las coronas  
sobre implantes  
están cubiertas  
una **(1)** por  
diente cada cinco  
**(5)** años

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
		<p>Usted es elegible para hasta <b>\$1,500</b> por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para servicios diagnósticos.</p>
<p><b>Vita Care: Visitas a especialistas y Telehealth</b></p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a especialistas</b> (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo y</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a especialistas</b> (tales como endocrinólogo, neumólogo,</li> </ul>

Costo	2020 (este año)	2021 (año próximo)
	<p>reumatólogo ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de Salud Mental</b></li> <li>• <b>Servicios de Otros Profesionales de la Salud</b></li> <li>• <b>Telehealth:</b> Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor</li> </ul>	<p>cardiólogo y nefrólogo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de Salud Mental</b></li> <li>• <b>Servicios de Otros Profesionales de la Salud</b></li> <li>• <b>Telehealth:</b> Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
	<p>licenciado por el estado como: Endocrinólogo, Neumólogo, Cardiólogo, Reumatólogo, Psiquiatra, entre otros.</p> <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> </ol>	<p>licenciado por el estado como: Endocrinólogo, Neumólogo, Cardiólogo, entre otros.</p> <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe 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</li> </ol>

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
	<p>2. Insuficiencia Cardíaca Crónica</p> <p>3. Desórdenes Cardiovasculares</p> <p>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</p> <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>Cardiovasculares</p> <p>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</p> <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>



**Servicios de Hospicio**

Los servicios de hospicio y servicios relacionados con su pronóstico terminal están cubiertos por Medicare Original.

Los servicios de hospicio y servicios relacionados con su pronóstico terminal están cubiertos por este plan.

Usted paga **5%** de coaseguro (**\$5** máximo) por medicamentos recetados y biológicos cubiertos por Medicare.

Usted paga **5%** de coaseguro por día (**\$5** por día máximo) por servicios de respiro al cuidador cubierto por Medicare.

Usted paga **\$0** de copago por

todos los demás servicios de cuidado paliativo y hospicio cubiertos por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de médicos
- Cuidado paliativo previo al hospicio
- Cuidado paliativo completo
- Cuidado de enfermería
- Equipo médico (como sillas de ruedas o andadores)
- Suministros médicos (como

- vendajes y catéteres)
- Medicamentos con receta
  - Servicios de asistente de hospicio y ama de llaves
  - Terapia física y ocupacional
  - Servicios de patología del habla y el lenguaje
  - Servicios de trabajador social
  - Asesoramiento dietético
  - Asesoramiento sobre el duelo y la pérdida para usted y su familia

- Atención hospitalaria a corto plazo (para el manejo del dolor o los síntomas)
- Respiro al cuidador a corto plazo
- Cualquier otro servicio cubierto por Medicare necesario para controlar la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, según lo recomendado o por el equipo de cuidado paliativo del plan.

Para aquellos afiliados que puedan necesitar cuidado simultáneo de transición para cualquier tratamiento clínico en curso, PMC Max garantizará la continuación de este beneficio a medida que hagan la transición al cuidado de hospicio con un proveedor dentro o fuera de la red.

El Manejador de Casos identificará si se necesita alguna autorización previa relacionada con el cuidado simultáneo de

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (año próximo)</b>
		<p>transición y se coordinará según corresponda.</p> <p>Costos compartidos para otros servicios no relacionados con su diagnóstico terminal pueden aplicar.</p>

---

## **Sección 1.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados 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 encuentra en este sobre.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se

aplican a nuestra cubierta para ciertos medicamentos.

**Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta de medicamentos, usted puede:

- **Hablar con su médico (u otro que le recete) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a nuestros afiliados actuales** a que soliciten una excepción antes de comenzar el nuevo año.
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cubierta (¿Qué hacer si usted tiene un problema o una queja? (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios al Afiliado.
- **Evalúe con su médico (u otro que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Usted puede llamar a Servicios al Afiliado para pedir una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma condición médica.

El plan ofrece orientación a los afiliados afectados sobre cómo proceder luego de que se le provea un despacho temporero, de manera que se efectúe una transición apropiada y beneficiosa al final del período de transición. Sin embargo, hasta tanto la transición se lleve a cabo, ya sea mediante el cambio a un medicamento del formulario que sea apropiado, o la decisión sobre una solicitud de excepción, se le continuará cubriendo el medicamento, siempre y cuando no sean medicamentos que no estén cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

El plan continuará proveyéndole al afiliado los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, dependiendo del caso, en la medida en que su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada al finalizar el período mínimo de transición y hasta el momento en que se realice una transición.

Las excepciones continuarán siendo cubiertas durante el período (generalmente un año calendario) para el cual fueron aprobadas, independientemente de cuándo se aprobó el medicamento. No es necesario solicitar una nueva excepción al comienzo del año a menos que la pre-autorización expire.

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 durante el año.

Cuando realizamos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro



que le recete) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet y proveeremos cualquier otra información requerida para reflejar cambios en los medicamentos. (Para saber más acerca de los cambios que pudiéramos realizarle a la Lista de Medicamentos, revise el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cubierta*.)

### **Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados**

*Nota:* 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.**

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto usted paga por un medicamento de la Parte D dependerá del nivel de pago de medicamentos en el cual usted se encuentre. (Puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de Cubierta* para obtener más información sobre las etapas.)

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en los primeros dos niveles – La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza los otros dos niveles – La Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierta* que se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.)

## Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	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.

## Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cubierta Inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y coaseguros, vaya al Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cubierta*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte.</b></p> <p>Los costos en este renglón son por un suministro para un mes (30 días) cuando le despachen su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 Genéricos Preferidos:</b> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 Genéricos Preferidos:</b> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Para información referente a los costos para un suministro a largo plazo, o para recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cubierta</i>.</p> <p><b>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.</b></p>	<p><b>Nivel 2</b> <b>Genéricos:</b> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 3</b> <b>Marca Preferida:</b> Usted paga <b>\$8</b> por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 4</b> <b>Marca No Preferida:</b> Usted paga <b>\$12</b> por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 5</b> <b>Medicamentos Especializados:</b></p>	<p><b>Nivel 2</b> <b>Genéricos:</b> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 3</b> <b>Marca Preferida:</b> Usted paga <b>\$8</b> por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 4</b> <b>Marca No Preferida:</b> Usted paga <b>\$12</b> por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 5</b> <b>Medicamentos Especializados:</b></p>

Usted paga  
**25%** del costo  
total.

Usted paga  
**25%** del costo  
total.

**Insulinas  
selectas:**

Usted paga **\$0**  
para insulinas  
selectas.

---

Una vez su  
costo total de  
medicamentos  
haya  
alcanzado  
**\$4,020**, se  
moverá a la  
próxima etapa  
(la Etapa de  
Brecha de  
Cubierta).

---

Una vez su  
costo total de  
medicamentos  
haya  
alcanzado  
**\$4,130**, se  
moverá a la  
próxima etapa  
(la Etapa de  
Brecha de  
Cubierta).

Este plan cubre  
los siguientes  
Medicamentos  
Excluidos:  
**Medicamentos  
para la**

Este plan cubre  
los siguientes  
Medicamentos  
Excluidos:  
**Medicamentos  
para la**

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p><b>Disfunción Eréctil</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por medicamentos incluidos en el Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y <b>\$8</b> por medicamentos incluidos en el Nivel 3 (Marca Preferida).</p> <p>Usted es elegible para hasta cuatro <b>(4)</b> pastillas recetadas cada mes.</p>	<p><b>Disfunción Eréctil</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por medicamentos incluidos en el Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y <b>\$8</b> por medicamentos incluidos en el Nivel 3 (Marca Preferida).</p> <p>Usted es elegible para hasta cuatro <b>(4)</b> pastillas recetadas cada mes.</p>

## **Cambios a las Etapas de Brecha de Cubierta y Cubierta Catastrófica**

Las otras dos etapas de cubierta de medicamentos – la Etapa de Brecha de Cubierta y la Etapa de Cubierta Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llega a la Etapa de Brecha de Cubierta o a la Etapa de Cubierta Catastrófica.** Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cubierta*.

PMC Max ofrece cubierta adicional en la brecha para insulinas selectas. Durante la Etapa de Brecha de Cubierta, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas serán \$0.

### **SECCIÓN 2 Decidir cuál plan elegir**

#### **Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en PMC Max**

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

#### **Sección 2.2 – Si usted quiere cambiar de plan**

Esperamos tenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para el 2021, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Usted puede unirse a otro plan de salud Medicare a tiempo,
- -- O-- Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos Medicare. Si usted no se afilia a un plan de Medicamentos Medicare, favor vea la Sección 2.1 que le habla sobre una posible penalidad por afiliación tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 4), o llame a Medicare (ver Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare. Diríjase a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cubierta y calificaciones de calidad de los planes Medicare.**

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.



## Paso 2: Cambie su cubierta

- Para cambiar a un plan de salud Medicare diferente, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de PMC Max.
- Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de PMC Max.
- Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección 6.1 de este folleto).
  - – O – llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar su desafiliación. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 La fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo durante el período del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

**¿Existen otras épocas del año para hacer**

## un cambio?

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Por ejemplo, se les pudiese permitir hacer cambios durante otras épocas del año a personas con Medicaid, a aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, a aquellos que están dejando una cubierta patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cubierta*.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cubierta para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cubierta*.

### **SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

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

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no está conectada con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud para las personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY/TDD 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/](http://www.oppea.pr.gov/)).

## **SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por 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 brecha de cubierta ni penalidad por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para ver si usted cualifica, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD deben 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 7:00 a.m. y 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
  
- **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 individuos elegibles que viven con VIH/ SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. 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 recetados 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, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 787-765-2929, extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

## **SECCIÓN 6 ¿Preguntas?**

### **Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de PMC Max**

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos). (Para TTY/TDD solamente, llamar al 1-866-333-5469). 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 la *Evidencia de Cubierta 2021* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2021. Para detalles, busque en la *Evidencia de Cubierta 2021* para PMC Max. 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. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

## **Visite nuestra página Web (Internet)**

También puede visitar nuestra página de Internet en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). Como recordatorio, 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).

---

## **Sección 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite la página Web de Medicare**

Visite la página web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre los costos, cubierta y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar planes de salud Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, acceda a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

### **Lea *Medicare y Usted 2021***

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2021*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. El mismo cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla a través de la página web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-

800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Los beneficios de cuidado paliativo y hospicio son ofrecidos por el Programa de Manejo de Casos del plan. Para más información, puede comunicarse con el Programa de Manejo de Casos llamando al 787-993-2314 o al 1-866-944-8444 (libre de cargos), por fax al 787-999-1742 o por correo electrónico a: [palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com](mailto:palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com). Los servicios son interdisciplinarios y se ofrecen de acuerdo con sus necesidades y a las instrucciones y decisiones descritas por usted y su familia en su documento de Directrices Anticipadas.