

PMC Premier Platino (HMO-SNP) ofrecido por MMM Healthcare, LLC

Notificación Anual de Cambios 2021

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

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 que revise ahora su cubierta 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 si los cambios en nuestra cubierta de medicamentos recetados le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?

- ¿Tiene alguno de sus medicamentos 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 manufactureros 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 pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto pagará 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 costos de planes en su área.
 - Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare 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 del 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 Premier Platino.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Busque en la Sección 2.2, página 18 para obtener más información sobre sus opciones.

- 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 Premier Platino.
 - Si se une a otro plan entre el **15 de octubre** y 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

- Esta información está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, llame a 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 Cualificada (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 para más información.

Sobre PMC Premier Platino

- MMM Healthcare, LLC, es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM Healthcare, LLC, 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 Premier Platino.
-

Y0049_2021 1140 0005 2_M

MMM-PDG-MIS-153-080520-S

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y de 2021 para PMC Premier Platino 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 en nuestra página de Internet 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) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prima mensual del plan* | \$0 prima mensual | \$0 prima mensual |
| *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para más detalles. | | |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visitas a oficinas médicas | Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita | Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 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. | \$0 de copago por estadía | \$0 de copago por estadía |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Vea la Sección 1.6 para más detalles.)</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Cubiertos: \$0 de copago | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Cubiertos: \$0 de copago |
| <p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</p> <p>Este es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Vea la Sección 1.2 para más detalles.)</p> | <p>\$3,250</p> | <p>\$3,250</p> |

Notificación Anual de Cambios para 2021

Tabla de Contenido

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2021 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 7 |
| Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual..... | 7 |
| Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo | 7 |
| Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores | 9 |
| Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias | 11 |
| Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos | 11 |
| Sección 1.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D | 30 |
| SECCIÓN 2 Decidir cuál plan elegir | 37 |
| Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en PMC Premier Platino | 37 |
| Sección 2.2 – Si usted quiere cambiar de plan..... | 37 |
| SECCIÓN 3 Cambiando de Plan | 39 |
| SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid | 40 |
| SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados | 41 |

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| SECCIÓN 6 ¿Preguntas? | 43 |
| Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de PMC Premier Platino..... | 43 |
| Sección 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare | 45 |
| Sección 6.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid..... | 46 |

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Reducción de la prima mensual de la Parte B de Medicare | \$30 reducción de la prima mensual | \$35 reducción de la prima mensual |
| Prima Mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted). | \$0 prima mensual | \$0 prima mensual |

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>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo Dado que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, son pocos los afiliados que alcanzan este costo máximo en pagos de su bolsillo.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan para 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>\$3,250</p> | <p>\$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.</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| No hay cambios para el próximo año. | | |

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, 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.) son parte de 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 sinnúmero de razones por las cuales su proveedor puede 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 que está recibiendo no sea interrumpido, 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 anterior 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, comuníquese con nosotros para 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.

Habrán cambios en la 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. 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

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* solo le informa de los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

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 costo por estos servicios, vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cubierta 2021*. Una

copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra disponible en nuestra página de Internet en 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) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>-</p> <p>Suplementarios</p> | <p>Usted paga \$0 copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$120 cada mes para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <p>1. Vitaminas y minerales</p> | <p>Usted paga \$0 copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$150 cada mes para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <p>1. Vitaminas y minerales</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 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 | 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 |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>10. Elementos de apoyo para mayor comodidad</p> <p>11. Cremas hidratantes para la piel (incluyendo, entre otras, lociones para el rostro, el cuerpo y los pies utilizadas para piel seca)</p> <p>12. Jabón (antibacterial /antimicrobian o recomendado por el médico)</p> |
| Servicios dentales comprensivos-Suplementarios | Usted paga el 0% del costo total por los servicios dentales comprensivos cubiertos por el | Usted paga el 0% del costo total por los servicios dentales comprensivos cubiertos por el |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restaurativo • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Cirugía oral y maxilofacial <p>Servicios de restauración suplementarios adicionales <u>no</u> cubiertos.</p> <p>Además, paga el 0% del costo total por servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostodoncia <p>Dentadura removible</p> | <p>Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restaurativo • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Cirugía oral y maxilofacial <p>Además, paga el 0% del costo total por servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restaurativos <p>Poste y Reconstrucción de Muñón y/o Corona Individual</p> <p>Usted es elegible para tratamientos</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>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.</p> <p>Dentaduras fijas e implantes <u>no</u> cubiertos.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$2,500 por año para una (1) dentadura completa o</p> | <p>ilimitados para la reconstrucción de poste y muñón y/o coronas individuales por año, por diente, por vida, sujeto a la cantidad máxima del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostodoncia Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de metal fundido para dentadura parcial con base de resina o dentadura parcial de base flexible cada cinco (5) años. |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | parcial cada cinco (5) años. | <p>Dentaduras fijas cubiertas una (1) por diente, por vida.</p> <p>Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóseo cubierto uno (1) por diente de por vida.</p> <p>Las coronas sobre implantes están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años</p> <p>Usted es elegible para hasta</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>\$2,500 por año para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica para los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno.</p> |
| <p>Vita Care: Visitas a especialistas y Telehealth</p> | <p>Usted paga \$0 de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a especialistas S (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo y | <p>Usted paga \$0 de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a especialistas S (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, y , nefrólogo). |

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

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>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"> 1. Diabetes Mellitus 2. Insuficiencia Cardíaca Crónica 3. Desórdenes Cardiovasculares 4. Enfermedad | <p>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"> 1. Diabetes Mellitus 2. Insuficiencia Cardíaca Crónica 3. Desórdenes Cardiovasculares 4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>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>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>Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas – MMM Flexi Card</p> | <p>Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas <u>no</u> cubiertos.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por la MMM Flexi Card bajo los beneficios suplementarios especiales para afiliados con</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>enfermedades crónicas.</p> <p>Generalmente, los afiliados con ciertas condiciones crónicas que cumplen con los criterios médicos pueden ser elegibles para recibir beneficios suplementarios especiales para los afiliados con enfermedades crónicas.</p> <p>Sin embargo, todos los beneficiarios Platino en este plan pueden ser elegibles para este beneficio:</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">• MMM Flexi Card <p>Usted es elegible para recibir la cantidad mensual de \$20 en forma de tarjeta de débito. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comida preparada- Alimentos y provisiones- Gasolina- Productos de limpieza- Entretenimiento (conciertos, |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | teatro, cine, etc.) - Utilidades (pago de agua, luz y teléfono) y vivienda (pago de hipoteca/renta) - Artículos fuera de recetario (OTC) adicionales |
| Cuidado 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 |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>máximo) por medicamentos recetados y biológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 5% de coaseguro por día (\$5 por día máximo) por servicios de respiro al cuidador cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por todos los demás servicios de cuidado paliativo y hospicio cubiertos por Medicare.</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p data-bbox="1029 428 1308 583">Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul data-bbox="1078 632 1414 1898" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1078 632 1386 730">• Servicios de médicos<li data-bbox="1078 743 1308 953">• Cuidado paliativo previo al hospicio<li data-bbox="1078 966 1321 1121">• Cuidado paliativo completo<li data-bbox="1078 1134 1370 1232">• Cuidado de enfermería<li data-bbox="1078 1245 1382 1514">• Equipo médico (como sillas de ruedas o andadores)<li data-bbox="1078 1526 1377 1795">• Suministros médicos (como vendajes y catéteres)<li data-bbox="1078 1808 1414 1898">• Medicamentos con receta |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">• 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 |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>(para el manejo del dolor o los síntomas)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Para aquellos</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>afiliados que puedan necesitar cuidado simultáneo de transición para cualquier tratamiento clínico en curso, PMC Premier Platino 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.</p> <p>El Manejador de Casos identificará si se necesita alguna autorización previa</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>relacionada con el cuidado simultáneo de 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". En este sobre hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

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 los afiliados actuales** a solicitar 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.
- **Verifique 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 que tratan la misma condición médica.

El plan le ofrece orientación a los afiliados afectados sobre cómo proceder luego de que se les 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 preautorización 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 todavía 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 de la etapa de pago de medicamentos en la cual usted se encuentra. (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 2 niveles – La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza los otros 2 niveles – La Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierta*, que se encuentra en nuestra página web www.mmmpr.com. También puede llamar a Servicios al Afiliado y solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.)

Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 1: Etapa de 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. |

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>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos Cubiertos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>—</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos Cubiertos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>—</p> |

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**

Los costos en este renglón son por un suministro para un mes (30 días) cuando se le despache su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.

Para información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cubierta*.

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).

Cambios a las Etapas de Brecha de Cubierta y Cubierta Catastrófica

La Etapa de Brecha de Cubierta y la Etapa de Cubierta Catastrófica son otras dos etapas en la cubierta de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llega a ninguna de estas dos etapas.**

Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cubierta*.

SECCIÓN 2 Decidir cuál plan elegir

Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en PMC Premier Platino

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 Premier Platino.

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,
- -- 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.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes 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. **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 otros planes pueden ser distintos en cubierta, primas mensuales y 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 Premier Platino.
- 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 Premier Platino.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe hacer una de las siguientes:
 - 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 aparecen 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.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se afilia a un plan separado de medicamentos Medicare, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que usted haya escogido no participar en inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambiando de Plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 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, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, aquellos que están dejando una cubierta patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

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 y Medicaid

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 es 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 a personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de 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 al 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 del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página electrónica (www.oppea.pr.gov/).

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame al Programa Medicaid de Puerto Rico al 787-641-4224, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD (audio impedidos) deben llamar al 787-625-6955. Pregunte cómo se afecta la forma en que recibe su cubierta del Programa Medicaid de Puerto Rico si se une a otro plan o vuelve a Medicare Original.

SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados

Puede cualificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare:** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito para recibir “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de las primas de su plan de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Debido a que cualifica, usted no tendrá una brecha de cubierta o penalidad por afiliación tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a 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 a ADAP 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. 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, 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 Premier Platino

¿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 este número son libres de cargos.

Lea la *Evidencia de Cubierta* de 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le provee un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para detalles, busque en la *Evidencia de Cubierta* de 2021 para PMC Premier Platino. 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. También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

Visite nuestra página de Internet

También puede visitar nuestro sitio en la Internet en www.mmmpr.com. Como recordatorio, nuestra página electrónica 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 de Internet de Medicare

Visite la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov). La misma tiene información sobre los costos, cubierta y sistemas de calificación de calidad para ayudarle a comparar planes de salud Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página de Internet de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov y haga clic en "Buscar los Planes de Salud y de Medicamentos".)

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. 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 de Internet de Medicare (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. 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.

Sección 6.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico) al 787-641-4224. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 787-625-6955.