

**RESUMEN DE
BENEFICIOS
2027**

**Beneficiario de
Medicare**
Cubiertas HMO-POS



MMM
caminamos juntos

Cuando afirmamos que **MMM camina contigo**, lo decimos en serio.

Por eso, trabajamos para superar tus expectativas, aplicando elementos de innovación y flexibilidad en el diseño de tus beneficios y programas innovadores. Te escuchamos y respondemos para brindarte lo que más necesitas.





Nuestra red MMM

Multiclínica, que facilita el cuidado de especialistas en un solo lugar, con transportación incluida, hacia y desde la multiclínica.*



La Unidad Dorada de MMM

en hospitales participantes, para atención superior que se ha ganado la satisfacción de los afiliados en el **99%** de los casos.**



Los Centros de Urgencias

MMM, a los que puedes acudir para recibir cuidado cuando surge una situación de salud inesperada y no puedes esperar por una cita.

A continuación, explora un resumen de tus beneficios como parte del plan pionero en Medicare Advantage en Puerto Rico:



En **MMM Multiclínica***,
MMM Unidad Dorada y
Centros de Urgencias MMM



Apoyo para
pagar tu compra*†**



Convenientes
cubiertas para
espejuelos***



Entrega de
productos **OTC**
a tu casa***

Recuerda que la información completa y detallada está en la Evidencia de Cubierta.

Con gusto, responderemos a tus preguntas sobre el plan y los beneficios:

Departamento de Ventas al:

787-620-2396

1-833-647-9555 (libre de cargos),

TTY: **711** (audio impedidos),

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



*Servicios varían por clínica. Otros proveedores disponibles en la red. Exclusivo para afiliados de MMM. **Dato obtenido de la encuesta realizada a pacientes y cuidadores al momento del alta en la Unidad Dorada de MMM. ***Beneficio varía por cubierta. †Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS

Resumen de Beneficios

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y de lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una "Evidencia de Cubierta" o puedes acceder al documento visitando nuestra página en Internet.
- El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.
- Esta información está disponible en otros formatos como braille, letra agrandada y cintas de audio o data.
- ¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Departamento de Ventas al: **787-620-2396**, o al **1-833-647-9555** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si eres afiliado, llama a Servicios al Afiliado al: **787-620-2397** o al **1-866-333-5470** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Visita nuestra página en Internet en: **www.mmmpr.com**.

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

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

Generalmente, tienes que utilizar una farmacia de nuestra red para adquirir tus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de las Partes C y D.

Puedes ver nuestro Formulario de Medicamentos Recetados y Directorio de Proveedores y Farmacias en nuestra página en Internet (www.mmmpr.com), o si deseas una copia impresa, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a:

- **MMM Deluxe (HMO-POS),**
- **MMM Elite (HMO-POS),**
- **MMM Grandioso (HMO-POS),**
- **MMM Mega Flex (HMO-POS),**
- **MMM Plenitud (HMO-POS),**
- **MMM Valioso (HMO-POS),**
- **PMC Max (HMO-POS),**

tienes que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, ser elegible al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Además, contamos con cubiertas regionales, con acceso a servicios a través de toda la Isla:

- **MMM Balance (HMO-POS),**

Zona 1

Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Zona 2

Adjuntas, Aguas Buenas, Aibonito, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Canóvanas, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Culebra, Fajardo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Hormigueros, Jayuya, Juana Díaz, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Peñuelas, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Baja, Vieques, Yabucoa y Yauco.

Zona 3

Caguas, Carolina, Corozal, Dorado, Florida, Guaynabo, Gurabo, Humacao, Juncos, Patillas, Ponce, Río Grande, San Lorenzo, Vega Alta y Villalba.

- **MMM Estela (HMO-POS),**

Zona 1

Aguada, Aguadilla, Añasco, Camuy, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón y San Sebastián.

Zona 2

Arecibo, Caguas, Carolina, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Humacao, Juncos, Ponce, San Lorenzo, Utuado y Vega Alta.

Zona 3

Adjuntas, Aguas Buenas, Aibonito, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Canóvanas, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Hormigueros, Jayuya, Juana Díaz, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un ¹ pueden requerir preautorización. Servicios con un ² son beneficios fuera de la red, 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$10,000. Cubierto a través de reembolso. Requiere preautorización. Servicios con un ³ tienen \$0 copago en los servicios disponibles en MMM Multiclínica. La elegibilidad para servicios con un ⁴ será determinada después de su afiliación al plan. Para recibir este beneficio, tiene que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, vea la Evidencia de Cubierta o llame a Servicios al Afiliado.

¿QUÉ MÁS DEBES SABER?

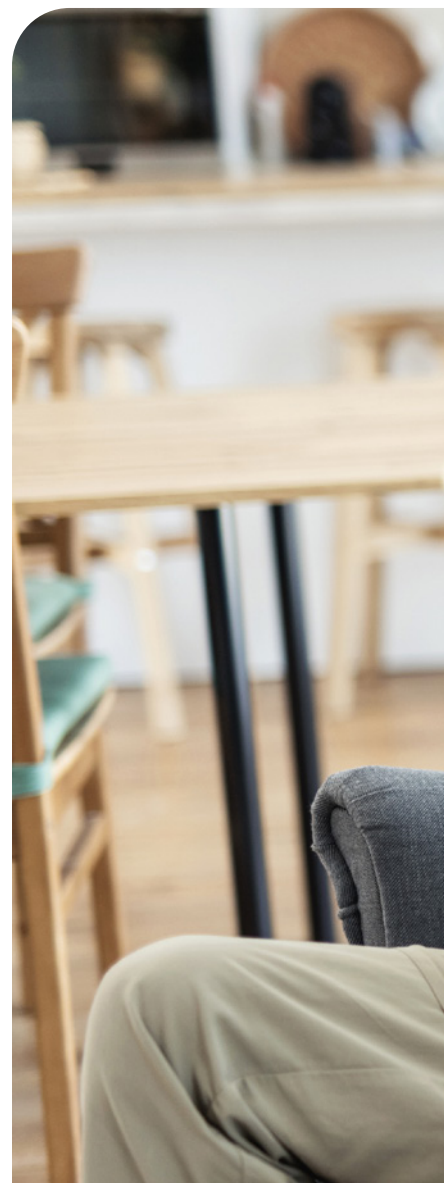
Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual **“Medicare y Usted 2027”**.

Puedes verlo en Internet en:

<http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días de la semana.

Usuarios de TTY deben llamar al:

1-877-486-2048.



CUBIERTAS **HMO-POS**

Los planes POS te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos y coaseguros).

MMM Estela (HMO-POS)

- Zona 1
- Zona 2
- Zona 3



Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela
Zona 1 (HMO-POS)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

No pagas nada

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario ^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

- Red Preferida: **No pagas nada**
- Unidad Dorada: **No pagas nada**
- Red General: **\$50** de copago

Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}

\$25 de copago

Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}

No pagas nada

Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas)

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP) ²
- Especialistas ^{2,3}

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

Cuidado preventivo ^{1,2}

Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.

No pagas nada

Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios

Cuidado de emergencias

De ser admitido al hospital dentro de un (1) día, por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Refiérete a la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos).

Límite máximo del Plan **\$500** para cubierta mundial.

- **\$75** de copago
- Cubierta mundial
\$100 de copago

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan **\$500** para cubierta mundial.

- **No pagas nada**
- Cubierta mundial
\$100 de copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 2 (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 3 (HMO-POS)
\$0	\$0
No pagas nada	No pagas nada
\$3,250	\$3,250
- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago	- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago
\$25 de copago	\$25 de copago
No pagas nada	No pagas nada
- No pagas nada - No pagas nada	- No pagas nada - No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada
\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago	\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago
No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago	No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MM Estela
Zona 1 (HMO-POS)

Servicios diagnósticos/Laboratorios/Radiología^{1,2}

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Servicios de audición/Servicios dentales/ Servicios de visión

Servicios de audición^{1,2}

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

Un (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

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

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales^{1,2,3}

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

*Ciertos límites y restricciones aplican.

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

Eres elegible para un máximo de **\$2,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión^{1,2}

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

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un (1) examen rutinario de visión suplementario por año.

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

\$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela Zona 2 (HMO-POS)

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

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

Eres elegible para un máximo de **\$2,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

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

\$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela Zona 3 (HMO-POS)

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

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

Eres elegible para un máximo de **\$2,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

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

\$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela
Zona 1 (HMO-POS)

Cuidado de salud mental^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.
90 días por cuidado hospitalario. 60 "días de reserva de por vida".

- **\$50** de copago
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$53 mensual

Cuidado de enfermería especializada^{1,2}

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física^{1,2}

No pagas nada

Ambulancia²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

No pagas nada

10 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.

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

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B
- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

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

- **20%** del costo
- **20%** del costo
\$35 por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$0** copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 2 (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 3 (HMO-POS)
• \$50 de copago • No pagas nada • No pagas nada	• \$50 de copago • No pagas nada • No pagas nada
\$73 mensual	\$68 mensual
No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada 10 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.	No pagas nada 10 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.
• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$0 copago	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$0 copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela
Zona 1 (HMO-POS)

Cuidado del pie^{1,2,3} (servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarios.

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

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

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

- **No pagas nada**
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

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

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)

Si tu plan cubre OTC, refiérete a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 2 (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 3 (HMO-POS)
• No pagas nada • No pagas nada	• No pagas nada • No pagas nada
• No pagas nada • 5% del costo • 5% del costo • No pagas nada	• No pagas nada • 5% del costo • 5% del costo • No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada
• No pagas nada • No pagas nada \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.	• No pagas nada • No pagas nada \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.
No pagas nada \$45 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.	No pagas nada \$45 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela
Zona 1 (HMO-POS)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

12 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

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

Nutricionista

6 visitas por año.

No pagas nada

Terapias alternativas

- Naturópata

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• **No pagas nada**

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

■ ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 2 (HMO-POS) • No pagas nada • No pagas nada	■ ESTA ES TU CUBIERTA MMM Estela Zona 3 (HMO-POS) • No pagas nada • No pagas nada
No pagas nada • No pagas nada	No pagas nada • No pagas nada

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela
Zona 1 (HMO-POS)

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

MMM Flexi Card⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes productos y servicios:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)
- Copagos y coaseguros

\$160 mensual

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

MMM Asistencia⁴

Eres elegible para 12 servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Servicios de *handyman* (Un (1) evento por año, dos (2) horas)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).
- Servicios de equipo de calidad de aire interior (limpieza de aire acondicionado, una (1) visita por semestre)

Hasta 12 servicios, **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar. Servicio será coordinado a través del proveedor contratado por el plan. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

No pagas nada

 ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela **Zona 2** (HMO-POS)

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

\$100 mensual

No pagas nada

 ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Estela **Zona 3** (HMO-POS)

No pagas nada

\$45 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

\$25 mensual

No pagas nada

MMM Estela Zonas 1, 2 y 3 - Medicamentos Recetados

■ ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 6 pastillas al mes.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de seis niveles:

- **Genéricos Preferidos**
- **Genéricos**
- **Marca Preferida**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	MMM Estela Zona 1 (HMO-POS)	MMM Estela Zona 2 (HMO-POS)	MMM Estela Zona 3 (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0
Genéricos	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$0	\$0	\$0
Medicamentos No Preferidos	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Especializados	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	6 pastillas al mes	6 pastillas al mes	6 pastillas al mes

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2027. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.



CUBIERTAS **HMO-POS**

Los planes POS te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos y coaseguros).

MMM Balance (HMO-POS)

- Zona 1
- Zona 2
- Zona 3



Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios		ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance Zona 1 (HMO-POS)
Prima mensual del plan		\$0
Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo		
Deducible Estos planes no tienen deducible.		No pagas nada
Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.		\$3,250
Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital		
Cuidado hospitalario ^{1,2} Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.		• Red Preferida: No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}		\$50 de copago
Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}		No pagas nada
Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas) • Proveedor de Cuidado Primario (PCP) ² • Especialistas ^{2,3}		• No pagas nada • Red Preferida: No pagas nada Red General: \$0-\$5 de copago
Cuidado preventivo ^{1,2} Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.		No pagas nada
Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios		
Cuidado de emergencias De ser admitido al hospital dentro de un (1) día, por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Refiérete a la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos). Límite máximo del Plan \$500 para cubierta mundial.		• \$75 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago
Cuidado urgentemente necesario Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.		• No pagas nada • Cubierta mundial \$100 de copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance Zona 2 (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance Zona 3 (HMO-POS)
\$0	\$0
No pagas nada	No pagas nada
\$3,250	\$3,250
- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago	- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago
\$50 de copago	\$50 de copago
No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada - Red Preferida: No pagas nada - Red General: \$0-\$5 de copago	No pagas nada - Red Preferida: No pagas nada - Red General: \$0-\$5 de copago
No pagas nada	No pagas nada
\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago	\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago
No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago	No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

Servicios diagnósticos/Laboratorios/Radiología^{1,2}

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Servicios de audición/Servicios dentales/ Servicios de visión

Servicios de audición^{1,2}

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

Un (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

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

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales^{1,2,3}

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

*Ciertos límites y restricciones aplican.

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

Eres elegible para un máximo de **\$1,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión^{1,2}

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

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un (1) examen rutinario de visión suplementario por año.

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

\$500 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 2** (HMO-POS)

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

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

Eres elegible para un máximo de **\$1,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

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

\$500 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 3** (HMO-POS)

- **\$0-\$40** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

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

Eres elegible para un máximo de **\$1,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

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

\$500 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

Cuidado de salud mental^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.
90 días por cuidado hospitalario. 60 "días de reserva de por vida".

- **\$50** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$52 mensual

Cuidado de enfermería especializada^{1,2}

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física^{1,2}

\$4 de copago

Ambulancia²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

No pagas nada

10 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.

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

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B
- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

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

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$8** copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance Zona 2 (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Balance Zona 3 (HMO-POS)
• \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago	• \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago
\$52 mensual	\$52 mensual
No pagas nada	No pagas nada
\$4 de copago	\$4 de copago
No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada 10 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.	No pagas nada 10 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.
• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$8 copago	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$8 copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

Cuidado del pie ^{1,2,3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarios.

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

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

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

- **No pagas nada**
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

- **\$5** de copago
- **\$5** de copago

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

Artículos fuera del recetario

(OTC, por sus siglas en inglés)

Si tu plan cubre OTC, refiérete a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 2** (HMO-POS)

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

- **No pagas nada**
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No pagas nada**

No pagas nada

- **\$5** de copago
- **\$5** de copago

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas
rutinarias para servicios quiroprácticos
suplementarios.

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para artículos o
medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 3** (HMO-POS)

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

- **No pagas nada**
- **5%** del costo
- **5%** del costo
- **No pagas nada**

No pagas nada

- **\$5** de copago
- **\$5** de copago

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas
rutinarias para servicios quiroprácticos
suplementarios.

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para artículos o
medicamentos fuera del recetario.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

Nutricionista

6 visitas por año.

No pagas nada

Terapias alternativas

- Naturópata

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• No pagas nada

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 2** (HMO-POS)

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

No pagas nada

- **No pagas nada**

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 3** (HMO-POS)

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

No pagas nada

- **No pagas nada**

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

MMM Flexi Card⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes productos y servicios:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)
- Copagos y coaseguros

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

MMM Asistencia⁴

Eres elegible para 12 servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Servicios de *handyman* (Un (1) evento por año, dos (2) horas)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).
- Servicios de equipo de calidad de aire interior (limpieza de aire acondicionado, una (1) visita por semestre)

Hasta 12 servicios, \$300 por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. \$200 por evento para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar. Servicio será coordinado a través del proveedor contratado por el plan. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance
Zona 1 (HMO-POS)

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

\$77 mensual

No pagas nada

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 2** (HMO-POS)

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

\$63 mensual

No pagas nada

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Balance **Zona 3** (HMO-POS)

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

\$72 mensual

No pagas nada

MMM Balance Zonas 1, 2 y 3 - Medicamentos Recetados			☐ ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$6 de copago	\$12 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de seis niveles:

- **Genéricos Preferidos**
- **Genéricos**
- **Marca Preferida**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	MMM Balance Zona 1 (HMO-POS)	MMM Balance Zona 2 (HMO-POS)	MMM Balance Zona 3 (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0
Genéricos	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$6	\$6	\$6
Medicamentos No Preferidos	\$8	\$8	\$8
Medicamentos Especializados	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2027. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.



CUBIERTAS **HMO-POS**

Los planes POS te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos y coaseguros).

MMM Elite (HMO-POS)

MMM Plenitud (HMO-POS)

MMM Deluxe (HMO-POS)

MMM Mega Flex (HMO-POS)



Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Prima mensual del plan

\$0

Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo

Deducible

Estos planes no tienen deducible.

No pagas nada

Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.

\$3,250

Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital

Cuidado hospitalario^{1,2}

Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.

- Red Preferida: **No pagas nada**
- Unidad Dorada: **No pagas nada**
- Red General: **\$50** de copago

Servicios ambulatorios en el hospital^{1,2}

\$25 de copago

Centros de cirugía ambulatoria^{1,2}

No pagas nada

Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas)

- Proveedor de Cuidado Primario (PCP)²
- Especialistas^{2,3}

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

Cuidado preventivo^{1,2}

Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.

No pagas nada

Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios

Cuidado de emergencias

De ser admitido al hospital dentro de un (1) día, por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Refiérete a la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos).

Límite máximo del Plan **\$500** para cubierta mundial.

- **\$75** de copago
- Cubierta mundial
\$100 de copago

Cuidado urgentemente necesario

Límite máximo del plan **\$500** para cubierta mundial.

- **No pagas nada**
- Cubierta mundial
\$100 de copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)
\$0	\$0	\$0
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
\$3,250	\$3,250	\$3,250
- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago	- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago	- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago
\$25 de copago	\$25 de copago	\$75 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada No pagas nada	No pagas nada - Red Preferida: \$0-\$5 de copago - Red General: \$0-\$5 de copago	No pagas nada - Red Preferida: \$0-\$5 de copago - Red General: \$0-\$7 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago	\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago	\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago
No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago	No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago	No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Servicios diagnósticos/Laboratorios/Radiología^{1,2}

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$25** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Servicios de audición/Servicios dentales/ Servicios de visión

Servicios de audición^{1,2}

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

Un (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

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

\$2,000 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales^{1,2,3}

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

*Ciertos límites y restricciones aplican.

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

Eres elegible para un máximo de **\$2,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión^{1,2}

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

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un (1) examen rutinario de visión suplementario por año.

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

\$500 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)
• \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada	• \$0-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada	• \$0-\$50 de copago • 0%-20% del costo • No pagas nada • No pagas nada
• No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada	• No pagas nada • No cubierto • No pagas nada • No cubierto	• No pagas nada • No cubierto • No pagas nada • No cubierto
\$1,250 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.		
• No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada	• No pagas nada • 0%-20% del costo • No cubierto • No cubierto	• No pagas nada • 0%-20% del costo • 0%-20% del costo • 0%-20% del costo
Eres elegible para un máximo de \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.		Eres elegible para un máximo de \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.
• No pagas nada	• No pagas nada	• No pagas nada
• No pagas nada • No pagas nada	• No pagas nada • No cubierto	• No pagas nada • No pagas nada
\$500 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.		\$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios	
ESTA ES TU CUBIERTA MMM Elite (HMO-POS)	
Cuidado de salud mental ^{1,2} • Cuidado hospitalario • Visita de terapia grupal ambulatoria³ • Visita de terapia individual ambulatoria³ 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida. 90 días por cuidado hospitalario. 60 "días de reserva de por vida".	• \$50 de copago • No pagas nada • No pagas nada
Beneficios Adicionales	
Reducción a la prima de la Parte B	No aplica
Cuidado de enfermería especializada ^{1,2} (SNF, por sus siglas en inglés) Hasta 100 días en un SNF.	No pagas nada
Terapia física ^{1,2}	No pagas nada
Ambulancia ² Autorización requerida, excepto para emergencias.	No pagas nada
Transportación suplementaria ¹ *Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos. Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas.	No pagas nada 24 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2} • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B • Inmunosupresor genérico • Inmunosupresor de marca Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B. Pudieras observar un coaseguro menor al 20% para algunos medicamentos de quimioterapia y Parte B con precios que hayan aumentado más rápido que la tasa de inflación.	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$0 copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)
• \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago	• \$50 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago	• \$50 de copago • \$0-\$7 de copago • \$0-\$7 de copago
\$45 mensual	\$157 mensual	\$5 mensual
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
\$4 de copago	\$5 de copago	\$7 de copago
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada 20 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.	No pagas nada Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.	No pagas nada Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.
• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$7 copago	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$12 copago	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$0 copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Cuidado del pie ^{1,2,3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarios.

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

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

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

- **No pagas nada**
- **5% del costo**
- **5% del costo**
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

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

\$1,000 anuales para un máximo de **12** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

Artículos fuera del recetario

(OTC, por sus siglas en inglés)

Si tu plan cubre OTC, refiérete a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$120 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)
• No pagas nada • No pagas nada	• \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago	• \$0-\$7 de copago • \$0-\$7 de copago
• No pagas nada • 5% del costo • 5% del costo • No pagas nada	• 0%-20% del costo • 5% del costo • 5% del costo • No pagas nada	• 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada
• No pagas nada • No pagas nada \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.	• \$5 de copago • \$5 de copago \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.	• \$7 de copago • \$7 de copago \$1,000 anuales para un máximo de 8 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.
No pagas nada \$40 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.	No pagas nada \$25 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.	No pagas nada \$35 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

Nutricionista

No pagas nada

12 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• **No pagas nada**

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$120 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	 ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)
• \$10 de copago • \$10 de copago	• \$10 de copago • \$10 de copago	• \$10 de copago • \$10 de copago
No pagas nada 6 visitas por año.	No pagas nada 6 visitas por año.	No pagas nada 6 visitas por año.
• No pagas nada	• No pagas nada	• No pagas nada

No pagas nada

\$40 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

No pagas nada

\$25 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

No pagas nada

\$35 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Elite
(HMO-POS)

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$120 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

MMM Flexi Card⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes productos y servicios:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)
- Copagos y coaseguros

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

\$85 mensual

MMM Asistencia⁴

Eres elegible para 12 servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Servicios de *handyman* (Un (1) evento por año, dos (2) horas)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).
- Servicios de equipo de calidad de aire interior (limpieza de aire acondicionado, una (1) visita por semestre)

Hasta 12 servicios, **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar. Servicio será coordinado a través del proveedor contratado por el plan. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

No pagas nada

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Plenitud (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Deluxe (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Mega Flex (HMO-POS)
No pagas nada \$40 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC. • Pedales para ejercicio físico • Bandas elásticas para estiramiento	No pagas nada \$25 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC. • Pedales para ejercicio físico • Bandas elásticas para estiramiento	No pagas nada \$35 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC. • Pedales para ejercicio físico • Bandas elásticas para estiramiento
\$42 mensual	No cubierto	\$132 mensual
No pagas nada	No pagas nada	No pagas nada

MMM Elite - Medicamentos Recetados			☐ ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 6 pastillas al mes.

MMM Plenitud - Medicamentos Recetados			☒ ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$7 de copago	\$14 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 6 pastillas al mes.

Resumen de Beneficios

Cubierta
(HMO-POS)

MMM Deluxe - Medicamentos Recetados			☐ ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$12 de copago	\$24 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

MMM Mega Flex - Medicamentos Recetados			☐ ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de seis niveles:

- **Genéricos Preferidos**
- **Genéricos**
- **Marca Preferida**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Plenitud (HMO-POS)	MMM Deluxe (HMO-POS)	MMM Mega Flex (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0
Genéricos	\$0	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$0	\$5	\$8	\$0
Medicamentos No Preferidos	\$0	\$7	\$12	\$0
Medicamentos Especializados	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	6 pastillas al mes	6 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2027. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

CUBIERTAS **HMO-POS**

Los planes POS te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos y coaseguros).

PMC Max (HMO-POS)

MMM Grandioso (HMO-POS)

MMM Valioso (HMO-POS)



Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios	
	ESTA ES TU CUBIERTA PMC Max (HMO-POS)
Prima mensual del plan	\$0
Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo	
Deducible Estos planes no tienen deducible.	No pagas nada
Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.	\$3,250
Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital	
Cuidado hospitalario^{1,2} Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.	• Red Preferida: No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada • Red General: \$50 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}	\$25 de copago
Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}	No pagas nada
Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas) • Proveedor de Cuidado Primario (PCP)² • Especialistas^{2,3}	• No pagas nada • Red Preferida: No pagas nada Red General: \$0-\$3 de copago
Cuidado preventivo^{1,2} Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	No pagas nada
Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios	
Cuidado de emergencias De ser admitido al hospital dentro de un (1) día, por la misma condición, no pagas tu parte del costo (Refiérete a la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos). Límite máximo del Plan \$500 para cubierta mundial.	• \$75 de copago • Cubierta mundial \$100 de copago
Cuidado urgentemente necesario Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial.	• No pagas nada • Cubierta mundial \$100 de copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Grandioso (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Valioso (HMO-POS)
\$0	\$0
No pagas nada	No pagas nada
\$3,250	\$3,250
- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago	- Red Preferida: No pagas nada - Unidad Dorada: No pagas nada - Red General: \$50 de copago
\$75 de copago	\$100 de copago
No pagas nada	\$100 de copago
No pagas nada - Red Preferida: \$0-\$3 de copago - Red General: \$0-\$5 de copago	No pagas nada - Red Preferida: \$0-\$5 de copago - Red General: \$0-\$10 de copago
No pagas nada	No pagas nada
\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago	\$75 de copago - Cubierta mundial \$100 de copago
No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago	No pagas nada - Cubierta mundial \$100 de copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

PMC Max
(HMO-POS)

Servicios diagnósticos/Laboratorios/Radiología^{1,2}

- Servicios de radiología diagnóstica³ (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio³
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

- **\$0-\$25** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Servicios de audición/Servicios dentales/ Servicios de visión

Servicios de audición^{1,2}

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

Un (1) examen rutinario de audición suplementario por año y un (1) ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.

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

\$1,000 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

Servicios dentales^{1,2,3}

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

*Ciertos límites y restricciones aplican.

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

Eres elegible para un máximo de **\$1,500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

Servicios de visión^{1,2}

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

La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un (1) examen rutinario de visión suplementario por año.

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

\$450 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

- **\$0-\$50** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

- **No pagas nada**
- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo

Eres elegible para un máximo de **\$1,000** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

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

\$1,000 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso

(HMO-POS)

- **\$0-\$60** de copago
- **0%-20%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

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

\$500 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

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

Eres elegible para un máximo de **\$500** anuales para todos los servicios dentales comprensivos. El tope máximo del plan no aplica para servicios preventivos, diagnósticos ni cubiertos por Medicare.

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

\$250 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

PMC Max
(HMO-POS)

Cuidado de salud mental^{1,2}

- Cuidado hospitalario
- Visita de terapia grupal ambulatoria³
- Visita de terapia individual ambulatoria³

190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.
90 días por cuidado hospitalario. 60 "días de reserva de por vida".

- **\$50** de copago
- **\$0-\$5** de copago
- **\$0-\$5** de copago

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$3 mensual

Cuidado de enfermería especializada^{1,2}

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

Terapia física^{1,2}

\$4 de copago

Ambulancia²

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

Transportación suplementaria¹

*Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

No pagas nada

12 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.

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

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B
- Inmunosupresor genérico
- Inmunosupresor de marca

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

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **\$35** por medicamentos para insulina
- **\$0** copago
- **\$8** copago

ESTA ES TU CUBIERTA MMM Grandioso (HMO-POS)	ESTA ES TU CUBIERTA MMM Valioso (HMO-POS)
• \$75 de copago • \$0-\$5 de copago • \$0-\$5 de copago	• \$100 de copago • \$0-\$10 de copago • \$0-\$10 de copago
\$8 mensual	\$115 mensual
No pagas nada	No pagas nada
\$5 de copago	\$10 de copago
No pagas nada	No pagas nada
No pagas nada	No pagas nada
Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.	Transportación ilimitada desde y hacia las MMM Multiclínicas. No cubierto para ninguna otra localidad.
• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$15 copago	• 20% del costo • 20% del costo • \$35 por medicamentos para insulina • \$0 copago • \$18 copago

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

PMC Max
(HMO-POS)

Cuidado del pie ^{1,2,3}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarios.

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

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

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

- **0%-10%** del costo
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

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

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

- **\$5** de copago
- **\$5** de copago

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

Artículos fuera del recetario

(OTC, por sus siglas en inglés)

Si tu plan cubre OTC, refiérete a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$75 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

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

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **No pagas nada**

No pagas nada

- **\$5** de copago
- **\$5** de copago

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso

(HMO-POS)

- **\$0-\$10** de copago
- **\$0-\$10** de copago

- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **No pagas nada**

No pagas nada

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

\$1,000 anuales para un máximo de **8** visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

No cubierto

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

PMC Max
(HMO-POS)

Acupuntura ¹

- Servicios cubiertos por Medicare ²
- Servicios suplementarios

10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

- **\$5** de copago
- **No cubierto**

Nutricionista

6 visitas por año.

No pagas nada

Terapias alternativas

- Naturópata

12 visitas suplementarias al naturópata por año.

• **No pagas nada**

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$75 mensuales para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

 ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

No pagas nada

- **No pagas nada**

No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

 ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso

(HMO-POS)

- **\$10** de copago
- **\$10** de copago

No pagas nada

- **No pagas nada**

No cubierto

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

ESTA ES TU CUBIERTA

PMC Max
(HMO-POS)

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

No pagas nada

\$75 mensuales para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

MMM Flexi Card⁴

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes productos y servicios:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC (incluyendo artículos homeopáticos/medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio)
- Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)
- Copagos y coaseguros

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

\$70 mensual

MMM Asistencia⁴

Eres elegible para **12** servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera
- Reparaciones menores en el hogar
- Reparación de enseres (Un (1) servicio de reparación de enseres por semestre)
- Servicios de *handyman* (Un (1) evento por año, dos (2) horas)
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre).
- Servicios de equipo de calidad de aire interior (limpieza de aire acondicionado, una (1) visita por semestre)

Hasta 12 servicios, **\$300** por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **\$200** por evento para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Límites y restricciones pueden aplicar. Servicio será coordinado a través del proveedor contratado por el plan. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

No pagas nada

 ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Grandioso

(HMO-POS)

No pagas nada

\$30 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

\$92 mensual

No pagas nada

 ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Valioso

(HMO-POS)

No cubierto

\$5 mensual

No pagas nada

PMC Max - Medicamentos Recetados			ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$6 de copago	\$12 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro plan.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos para 6 pastillas al mes.

Resumen de Beneficios

Cubierta
(HMO-POS)

MMM Grandioso - Medicamentos Recetados			 ESTA ES TU CUBIERTA
ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$5 de copago	\$10 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$15 de copago	\$30 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

MMM Valioso - Medicamentos Recetados

■ ESTA ES TU CUBIERTA

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
Deducible	\$0		
Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,400)	Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos No Preferidos	\$18 de copago	\$36 de copago
	Medicamentos Especializados	33% del costo \$35 de copago para insulina	No disponible
	Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0 de copago	\$0 de copago
Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,400 en costos de bolsillo)	Si alcanzas la etapa de cubierta catastrófica, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.		

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Para más información, llama a Servicios al Afiliado. **Mensaje importante sobre lo que pagas por la insulina:** no pagarás más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido te encuentres.

Tus Medicamentos BAJO LA CUBIERTA MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de seis niveles:

- **Genéricos Preferidos**
- **Genéricos**
- **Marca Preferida**
- **Medicamentos No Preferidos**
- **Medicamentos Especializados**
- **Medicamentos de Cuidado Selecto**

Beneficios	PMC Max (HMO-POS)	MMM Grandioso (HMO-POS)	MMM Valioso (HMO-POS)
Genéricos Preferidos	\$0	\$0	\$0
Genéricos	\$0	\$0	\$0
Marca Preferida	\$6	\$5	\$8
Medicamentos No Preferidos	\$8	\$15	\$18
Medicamentos Especializados	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina	33% \$35 para insulina
Medicamentos de Cuidado Selecto	\$0	\$0	\$0
Medicamentos Disfunción Eréctil	6 pastillas al mes	No Cubierto	No Cubierto

La información sobre este nivel y otros detalles de cubierta se explican en el Formulario de Medicamentos para 2027. En el formulario, puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.



BENEFICIOS MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL





MULTICLÍNICA

TUS ESPECIALISTAS EN UN SOLO LUGAR

Conoce la red de clínicas



Nuestras multiclínicas alrededor de la Isla te brindarán un cuidado exclusivo.



PARA HACER TU CITA LLAMA AL:

787-522-CITA (2482)

Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.



**Transportación
ILIMITADA² a tus citas**



**En todos los servicios,
isin referidos!**



**Consigue *tus citas*
en tiempo razonable**

Las especialidades¹ de mayor demanda en Puerto Rico:

- | | | |
|---------------------|----------------|------------------|
| ■ Cardiología | ■ Nefrología | ■ Ortopedia |
| ■ Dermatología | ■ Neumología | ■ Podiatría |
| ■ Endocrinología | ■ Neurocirugía | ■ Psicología |
| ■ Farmacéutico | ■ Neurología | ■ Reumatología |
| ■ Gastroenterología | ■ Nutrición | ■ Urología |
| ■ Ginecología | ■ Oftalmología | ■ Uroginecología |

Otros servicios¹:

- | | |
|---|---|
| ■ Cuidado de heridas y úlceras | ■ Examen de ojo (Retinopatía Diabética) |
| ■ Dermoscopia | ■ Holter |
| ■ Ecocardiografía (Echo, Doppler, Arterial, Venoso y Carótidas) | ■ Mamografía y Sonomamografía |
| ■ Electrocardiografía (EKG) | ■ Vacunación |
| ■ Estudios y procedimientos diagnósticos | |

ESCANEA EL CÓDIGO QR

para acceder a
nuestro **Directorio
de Especialistas**
en las MMM
Multiclínicas.





FLEXI CARD

¡PARA TU COMPRA!



ACCEDE A MÁS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Con la MMM Flexi Card®, puedes pagar:



Alimentos en supermercados



Artículos de ferretería



Gasolina



Artículos de jardinería



Comidas preparadas



Entretenimiento



Artículos OTC



Gimnasio

Recibirás una tarjeta en la que se depositará la cantidad asignada cada mes. Lo que no utilices, pasa al próximo mes durante el año contrato 2027. Límites y restricciones pueden aplicar. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y



FLEXI CARD

1234 4567 7890 1234

AFILIADO SALUDABLE

VALID
THRU

ATH



¡ACUMULAS!

El dinero que no uses,
lo acumulas para
el próximo mes.

¿CÓMO PUEDES VERIFICAR TU BALANCE?

- ✓ **Sistema automatizado (IVR)**
de Evertec (24/7): **787-281-8470**
- ✓ **Aplicación Móvil MMM**
- ✓ **Cajeros de Banco Popular (BPPR)**
- ✓ **Oficinas Regionales** disponibles de
lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- ✓ **Centro de Servicio de MMM.**
Llama de lunes a domingo,
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

ESCANEA EL CÓDIGO QR

para ver la lista de
todos los **comercios**
participantes.





ASISTENCIA¹

ESTAMOS PARA LO QUE NECESITES



EN TU CASA:



NUEVO

"Handyman"

Reparaciones menores y mantenimiento



Reparación de enseres

Reparación de enseres como neveras y estufas



Electricidad

Cambio de *breakers* a causa de corto circuito



Cerrajería

Reestablecer acceso a tu residencia



Plomería

Destape de tuberías sanitarias



Fumigación sencilla²

Contra hormigas y cucarachas, en el interior o exterior del hogar

1. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta. Servicios serán coordinados a través del proveedor contratado por el plan. Límites y restricciones pueden aplicar.

NUEVO

Limpieza de aire acondicionado³

Mantenimiento básico del equipo.

EN LA CARRETERA:⁴



Gomas

Cambio de goma vacía por goma de repuesto



Batería

Recarga de batería



Grúa

Servicio de grúa o remolque hasta 65 millas de distancia



Gasolina

Suministro de gasolina hasta dos (2) galones



Cerrajería

Recupera acceso a tu vehículo



Extracción

Extracción de vehículo

Hasta 12 servicios, \$300 por evento para asistencia en la carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. \$200 por evento para servicios de reparaciones de enseres (2 por año). Servicios de handyman (1 por año por 2 horas). 2. Control de plagas. Limitado a fumigación sencilla contra hormigas y cucarachas, en interior y exterior del hogar (eventos separados). Una (1) cada semestre. Dos (2) por año. 3. Limpieza de aire acondicionado. Una (1) cada semestre. Dos (2) por año. 4. El vehículo tiene que tener 15 años o menos.



**¡DISFRUTAR
TUS OTC NUNCA
FUE TAN
CONVENIENTE!**



ES TAN FÁCIL COMO:



1 ESCOGE

del Catálogo
OTC 2027



2 ORDENA

por teléfono o por
la Aplicación Móvil



3 RECIBE

directo a la puerta
de tu hogar

SIN FILAS NI COMPLICACIONES

Ordena llamando
POR TELÉFONO:

787-620-2397

de lunes a viernes,
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

A través de la
APLICACIÓN MÓVIL MMM

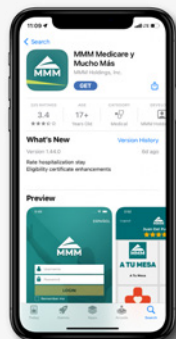


APLICACIÓN
MÓVIL MMM

¡DESCÁRGALA HOY!



**MMM Medicare
y Mucho Más**
MMM Holdings, Inc.



A través del
CATÁLOGO OTC

Escanea el código QR para
acceder a más de 400
artículos esenciales en el
Catálogo OTC 2027.





UNIDAD
DORADA

ATENCIÓN VIP

QUE FACILITA TU HOSPITALIZACIÓN



Durante la hospitalización:

- Artículos para facilitar la estadía en el hospital, según necesidad
- Personal clínico y administrativo de MM en seguimiento al tratamiento
- Médico especializado en úlceras
- Servicios de salud mental y trabajo social, si es necesario

Después del alta:

- Planificadores de alta
- Coordinación de citas, servicios y equipo médico para después del alta
- Medicamentos recetados a la mano al salir del hospital



Hospitales participantes:

- Bayamón Medical Center
- Doctors' Center, Carolina
- Hospital Pavía, Caguas
- Manatí Medical Center
- Mayagüez Medical Center
- Hospital Episcopal San Lucas, Ponce



CENTRO DE
URGENCIA

PARA CUANDO NECESITES ATENCIÓN INMEDIATA SIN CITA



VISÍTALOS SI TIENES:

- Tos/gripe
- Problemas respiratorios menores
- Fiebre y dolores musculares
- Mareos leves
- Indigestión
- Quemaduras leves
- Virus estomacal
- Dolor abdominal leve o moderado
- Dolor de oído o de cabeza
- Erupción en la piel y reacciones alérgicas
- Otros tipos de malestar general que no pongan en riesgo la vida
- Entre otros



EN TODOS LOS SERVICIOS

Consigue las localidades
de los diferentes Centros
de Urgencia más cercanos
escaneando el código QR:



DENTAL COMPRENSIVO

¡APROVECHA TUS BENEFICIOS!



EL CUIDADO NECESARIO PARA AYUDARTE A LUCIR TU MEJOR SONRISA



Coronas



Cirugía ósea



Dentadura parcial



Dentadura completa



Frenectomía



Implantes



Puentes fijos



Remoción de torus



SERVICIOS DENTALES

en Multiclínicas participantes



MMM Multiclínica¹ ofrece la opción de recibir atención de salud oral² coordinada con los expertos de **Masters Dental Clinic**.

Puedes obtener servicios como:



Implantes



Limpieza



Puentes

en las instalaciones de
Masters Dental Clinic en **Aibonito,**
Canóvanas y **Humacao**.



En servicios dentales coordinados para afiliados de **MMM** a través de la **MMM Multiclínica**.

1. Servicios varían por clínica. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. Exclusivas para afiliados de MMM.

2. Sujeto al límite máximo de tu cubierta con MMM.

ESPEJUELOS

**PARA UNA
NUEVA MIRADA
A TU BIENESTAR**



**Aprovecha tu cubierta
de visión para** espejuelos,
lentes de contacto, gafas y/o
reparación de lentes:



**Lentes regulares, bifocales,
trifocales o de transición**



**Tratamientos antirreflectivos
y contra rayazos**



Variedad de monturas



Reparación de espejuelos



Ópticas dentro de nuestra red

Beneficio varía por cubierta.



A TU CITA

TU TRASLADO DE CONFIANZA

Con este servicio, nos encargamos de enviarte un chofer para que te lleve a tu cita médica, laboratorio o centro de estudios alrededor de la Isla.

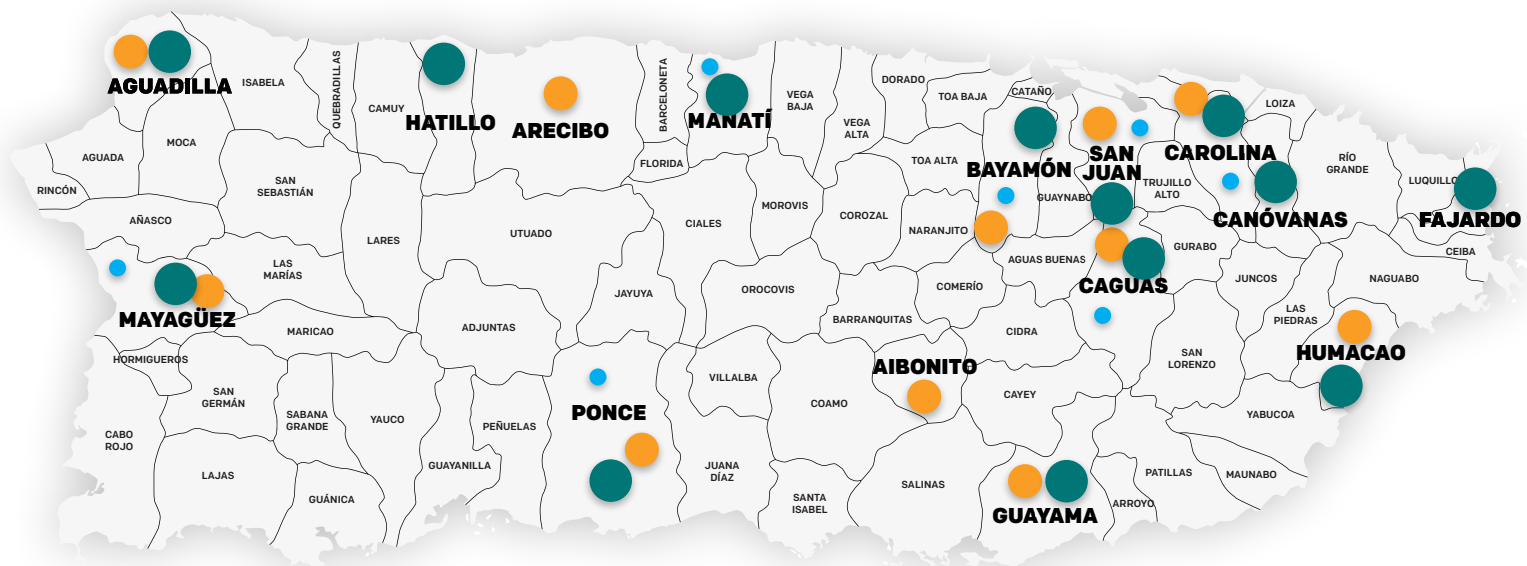


Para coordinar el servicio, tan solo:

- 1** **Obtén una cita médica** con tu proveedor de salud.
- 2** **Llámanos al menos 5 días laborables** antes de tu cita.
- 3** **¡Pendiente!** Te enviaremos un enlace por texto para que sepas por dónde va el chofer que te recogerá.



VIAJA FÁCIL, VIAJA SEGURO.



**OFICINAS DE
SERVICIO MMM**



**MMM
MULTICLÍNICA**



**MMM
UNIDAD DORADA**

Oficinas de Servicio MMM

Aguadilla

Plaza Victoria Shopping Center

Bayamón

Plaza Tropical Shopping Center

Caguas

Edificio Gatsby Plaza

Canóvanas

Centro Comercial Plaza Rial

Carolina

Century Business Park

Fajardo

Carr. #3, km 44.1

Guayama

Edificio FISA II, Paseo del Pueblo

Hatillo

Hatillo Town Center

Humacao

Boulevard Plaza
Office Center

Manatí

El Trigal Plaza

Mayagüez

Complejo Office Park III

Ponce

San Jorge Mall

San Juan

Bechara Industrial Park,
Ave. Kennedy

CONTACTOS IMPORTANTES



MULTICLÍNICA

**Coordina tu cita
llamando al:**

787-522-CITA (2482)

Centro de Servicios:

lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m.

Clínicas:

lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.



FLEXI CARD

787-281-8470

Para conocer tu PIN o tu balance

TTY: 711

(audio impedidos)

24 horas al día, los 7 días de la semana.



OTC A TU PUERTA

787-620-2397

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

sábado, de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.



HACIENDO CONTACTO

1-866-677-0779

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

24 horas al día, los 7 días de la semana.

**Tu línea de consultoría
médica disponible 24/7.**



ASISTENCIA

787-620-2397

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

24 horas al día, los 7 días de la semana.

**Estamos para lo que
necesites, en tu casa y
en la carretera.**



A TU CITA

**Coordinación de
transporte con 5 días
de anticipación.**

787-620-2397

1-866-333-5470

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

¿QUÉ ES LO PRÓXIMO?



Recibirás una carta con la fecha de inicio de tu plan cuando los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) hayan confirmado tu inscripción.



Obtendrás tu tarjeta de identificación de afiliado después de recibir tu notificación de confirmación.



Dentro de los 90 días posteriores al inicio de tu plan de salud, recibirás una llamada para completar una encuesta de salud.



La discriminación es ilegal

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

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares apropiados gratis y servicios para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información impresa escrita en otros formatos (letra agrandada, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios de asistencia lingüísticas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, que pueden incluir:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información impresa escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si entiende que MMM Healthcare, LLC., no le proporcionó estos servicios o discriminó en su contra de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querella ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114 San Juan PR 00936-8014, 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmhlc.com (correo electrónico). Puede radicar su querella en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

Puede obtener los formularios de querella en el sitio web:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Lista de Requisitos de Elegibilidad para MMM Flexi Card y MMM Asistencia

Estos beneficios han sido diseñados para pacientes con condiciones crónicas diagnosticadas por un médico. Si tienes diagnóstico médico de una o más de estas condiciones, y tu cubierta incluye la MMM Flexi Card y MMM Asistencia, cualificas para aprovechar sus ventajas.

- **Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga**
- **Desórdenes autoinmunes**
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Dermatomiositis
 - Artritis reumatoide
 - Lupus sistémico eritematoso
 - Artritis psoriásica
 - Esclerodermia
- **Cáncer**
- **Desórdenes cardiovasculares**
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad cardíaca valvular
 - Hiperlipidemia
- **Fallo cardíaco crónico**
- **Demencia**
- **Diabetes mellitus**
 - Pre-Diabetes (Glucosa en ayunas: 100-125 mg/dl o HGB A1c: 5.7-6.4%)
- **Desórdenes hematológicos severos**
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmune
 - Síndrome mielodisplásico
 - Enfermedad de células falciformes (con excepción del rasgo de células falciformes, SCT)
 - Desorden tromboembólico venoso crónico
- **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico**
 - Hiperlipidemia
- **Desórdenes gastrointestinales crónicos**
 - Enfermedad hepática crónica
 - Enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA)
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Pancreatitis
 - Síndrome del intestino irritable
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
- **Enfermedad renal crónica (ERC):**
 - Enfermedad renal crónica que requiere diálisis/Enfermedad renal terminal (ERT)
 - (ERC) que no requiere diálisis
- **VIH / SIDA**
- **Desórdenes pulmonares crónicos**
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- **Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental**
 - Desórdenes de bipolaridad
 - Desórdenes de depresión mayor
 - Paranoia
 - Esquizofrenia
 - Desorden esquizoafectivo
 - Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
 - Desórdenes alimentarios
 - Desórdenes de ansiedad
- **Desórdenes neurológicos**
 - Enfermedad de Huntington
 - Enfermedad de Parkinson
 - Epilepsia
 - Parálisis cerebral
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Esclerosis múltiple
 - Estenosis espinal
 - Parálisis extensiva (como hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
 - Polineuropatía
 - Fibromialgia
 - Síndrome de fatiga crónica
 - Lesiones de la médula espinal
 - Traumatismo craneoencefálico
- **Derrame cerebral**
- **Cuidado postrasplante de órganos**

- **Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores**
- **Condiciones que pueden causar deterioro cognitivo**
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Discapacidades intelectuales y del desarrollo
 - Traumatismos craneoencefálicos
 - Enfermedad mental discapacitante asociada con el deterioro cognitivo
 - Deterioro cognitivo leve
- **Condiciones que pueden causar dificultades funcionales similares y requerir servicios similares**
 - Lesiones de la médula espinal
 - Parálisis
- Pérdida de extremidades
- Accidente cerebrovascular
- Artritis
- **Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato**
- **Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento**
- **Otros:**
 - Hipertensión
 - Osteoporosis
 - Dolor de espalda crónico

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO-POS y un plan HMO C-SNP con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO D-SNP con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta. MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Y0049_2027 4010 0001 1_M



Lista de Cotejo Pre- Afiliación

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si usted tiene alguna pregunta, puede llamarnos y hablar con un representante de servicios al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (audio impedidos).

Entendiendo los beneficios

- ❑ La Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los beneficios y servicios. Es importante revisar la cubierta de su plan, los costos, y los beneficios antes de afiliarse. Visite www.mmmpr.com o llame al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para obtener una copia de la EOC.
- ❑ Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para estar seguro de que los médicos que usted visita ahora se encuentran en la red. Si no aparecen, eso significa que usted tendría que seleccionar un médico nuevo.
- ❑ Revise el directorio de farmacias para estar seguro de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece, usted tendría que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ❑ Revise el formulario para estar seguro de que los medicamentos que usa están cubiertos.

Entendiendo Reglas Importantes

- ❑ **Efecto sobre la cubierta actual**
Su cubierta de atención médica actual terminará una vez que comience su nueva cubierta de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cubierta.
- ❑ Además de la prima mensual del plan, usted tendrá que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se la descuentan de su cheque de Seguro Social cada mes.
- ❑ Beneficios, primas y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ❑ Excepto en emergencias o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios fuera de la red de proveedores (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).

□ **Para planes HMO-POS**

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

□ **Para planes C-SNP**

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

□ **Para planes D-SNP**

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

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]



PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014

EN MMM, ¡CAMINAMOS JUNTOS!

787-620-2396

1-833-647-9555

(LIBRE DE CARGOS)

TTY: 711

(AUDIO IMPEDIDOS)

**LUNES A DOMINGO,
DE 8:00 A.M. A 8:00 P.M.**



www.mmmpr.com



Y0049_2027 1099 0007 1_M

REPRESENTANTE DE VENTAS

TELÉFONO DEL REPRESENTANTE

TU CUBIERTA DEL PLAN



caminamosjuntos