MMM Relax Platino Zona 1

HMO D-SNP

RESUMEN DE BENEFICIOS 2027

Plan de Salud medicare PLATINO
Administración de Seguros de Salud
Gobierno de Puerto Rico

MMM
caminamosjuntos

Y0049_2027 1099 0003 1 1_M

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por **MMM Relax Platino Zona 1**. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información importante de contacto, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, así como información sobre tus derechos como afiliado de **MMM Relax Platino Zona 1**. Los términos clave y sus definiciones los podrás encontrar en orden alfabético en el último capítulo de la Evidencia de Cubierta.

Tabla de Contenido

A. Relevos de responsabilidad 4

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 9

C. Lista de servicios cubiertos 14

D. Beneficios cubiertos fuera de **MMM Relax Platino Zona 1** 23

E. Servicios que **MMM Relax Platino Zona 1**, Medicare y Medicaid no cubren 24

F. Tus derechos como miembro del plan 25

G. Cómo presentar una querella o apelar un servicio denegado 27

H. Qué hacer si sospechas de fraude 27

A. Relevos de responsabilidad

Este documento es un resumen de los beneficios y servicios de salud cubiertos por **MMM Relax Platino Zona 1** para el 2027. Lee la Evidencia de Cubierta para obtener la lista completa de beneficios. Puedes comunicarte con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una copia de la Evidencia de Cubierta llamando al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. También puedes visitar www.mmmpr.com y seleccionar el menú "Planes"; luego, accede a "Planes y Beneficios" para consultar la Evidencia de Cubierta en línea.

MMM Healthcare, LLC. es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación a MMM depende de la renovación del contrato.

Para recibir asistencia independiente sobre las opciones de planes de salud y alternativas de inscripción, puede comunicarse con el Programa Medicaid de Puerto Rico/Consejero de Inscripción (Choice Counseling) al 1-833-853-7721, lunes a viernes, 8:00 a.m. to 6:00 p.m.

Para obtener más información sobre Medicare, puedes consultar el manual "Medicare y Usted 2027". Este contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre el programa. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid (Medicare Platino), puedes visitar www.ases.pr.gov o comunicarte con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) al 1-800-981-2737, TTY: 1-787-474-3389, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. También puedes comunicarte con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), Área de Educación y Relaciones con la Comunidad de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA), para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, llamando al 1-877-725-4300, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Notice Of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-333-5470 (TTY: 711) or speak to your provider."

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia en su idioma. También están disponibles, sin costo alguno, ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-333-5470 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chinese (Simplified): 注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-333-5470（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。"

Cantonese 廣東話: 通知：如果你講廣東話，我們提供免費的語言協助服務。我們亦可以免費提供適當的輔助工具和服務，以便用可獲得的格式提供資訊。請致電 1-866-333-5470（聾人專線：711）或與你的提供者聯絡。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-333-5470 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-333-5470 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-333-5470 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

German: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfeleistungen zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienstleistungen, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie 1-866-333-5470 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-333-5470 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-333-5470 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic: العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-333-5470 (TTY:711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-333-5470（TTY: 711） पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

Italian: ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche idonei ausili e servizi per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il 1-866-333-5470 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para si. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-333-5470 (TTY: 711) ou fale com o seu prestador de serviços.

French Creole: ATANSYON: Si ou pale franse kreyòl, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Gen èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib tou gratis. Rele 1-866-333-5470 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-333-5470（TTY: 711）lub porozmawiaj ze swoim dostawcą".

Japanese: 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-333-5470（TTY: 711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Ukrainian: УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-866-333-5470 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Catalán: ATENCIÓ: Si parleu català, teniu a la vostra disposició serveis d'assistència lingüística gratuïts. També hi ha disponibles gratuïtament ajudes i serveis auxiliars adequats per proporcionar informació en formats accessibles. Truqueu al 1-866-333-5470 (TTY: 711) o parleu amb el vostre proveïdor.

Este documento está disponible gratuitamente en inglés.

Puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, como letra agrandada, braille o audio. También puede solicitar materiales en su idioma de preferencia. Una vez nos informe su idioma o formato alterno de preferencia, mantendremos su preferencia registrada como una solicitud permanente para futuras comunicaciones, por lo que no tendrá que solicitarla cada vez. Puede cambiar o cancelar su solicitud permanente en cualquier momento llamando a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla presenta las preguntas más frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan Medicare Platino?	Medicare Platino es una cubierta suplementaria a este Plan Medicare Advantage, contratada por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), que cubre beneficios y servicios que Medicare no cubre. Los beneficiarios que tienen tanto la Parte A como la Parte B de Medicare y que han sido certificados como elegibles para Medicaid califican para los beneficios y servicios de Medicare Platino.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en MMM Relax Platino Zona 1 que recibo actualmente?	Recibirás la mayoría de tus beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid directamente a través de **MMM Relax Platino Zona 1**. Trabajarás con un equipo de proveedores que te ayudará a determinar cuáles servicios se ajustan mejor a tus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibes actualmente podrían cambiar según tus necesidades, así como de acuerdo con la evaluación realizada por tu médico y tu equipo de cuidado. Cuando te afilies a **MMM Relax Platino Zona 1**, trabajarán en conjunto a su equipo de cuidado para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado, diseñado para atender tus necesidades de salud y apoyo, reflejando tus preferencias y metas personales. Si estás tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare que **MMM Relax Platino Zona 1** normalmente no cubre, podrás obtener un suministro temporal del medicamento. Además, te ayudaremos a cambiar a otro medicamento o a solicitar una excepción para que **MMM Relax Platino Zona 1** cubra tu medicamento, si se considera médicamente necesario. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
¿Puedo utilizar los mismos médicos que utilizo ahora? (continúa en la página siguiente)	En muchos casos, sí. Si tus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de servicios de salud) trabajan con **MMM Relax Platino Zona 1** y tienen un contrato con nosotros, podrás continuar recibiendo servicios de ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros se consideran proveedores dentro de la red. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Esto significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y brindan los servicios cubiertos por el mismo. **Debes utilizar los proveedores que forman parte de la red de MMM Relax Platino Zona 1**. Si utilizas proveedores o farmacias fuera de la red, es posible que el plan no pague por esos servicios o medicamentos.

Preguntas frecuentes	Respuestas

¿Puedo utilizar los mismos médicos que utilizo ahora?
 	
(continuación)
	• Si necesitas atención de urgencia, atención de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puedes utilizar proveedores fuera de la red de **MMM Relax Platino Zona 1**.
	
	• Existen tres (3) excepciones:
	
	  • Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para más información y para conocer qué servicios se consideran de emergencia o de urgencia, consulte la **Sección 3** de la Evidencia de Cubierta.
	
	  • Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid exigen que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas dentro de nuestra red que puedan brindarla, puede recibir esa atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente pagarías dentro de la red. Deberá obtener autorización del plan antes de recibir el servicio. En esta situación, cubriremos estos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor dentro de la red o sin costo para ti. Para obtener información sobre cómo conseguir autorización para visitar a un médico fuera de la red, consulte la **Sección 2.4** de la Evidencia de Cubierta.
	
	  • Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibas en una instalación certificada por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando tu proveedor habitual de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que pagas por los servicios de diálisis nunca será mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si recibes diálisis fuera del área de servicio del plan y utilizas un proveedor fuera de la red, el costo compartido no será mayor que el que pagarías dentro de la red. Sin embargo, si tu proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y decides recibir los servicios dentro del área de servicio utilizando un proveedor fuera de la red, el costo compartido por la diálisis podría ser mayor.
	
	• Si actualmente estás recibiendo tratamiento con un proveedor fuera de la red de **MMM Relax Platino Zona 1** o mantiene una relación establecida con uno de estos proveedores, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para verificar si puedes continuar recibiendo servicios de dicho proveedor. Si no puedes continuar con ese proveedor, puedes optar por cambiarse a otro plan con el que dicho proveedor tenga contrato.
	
	Para confirmar si tus proveedores forman parte de la red del plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de MMM en www.mmmpr.com.
	
	Si **MMM Relax Platino Zona 1** es nuevo para ti, trabajaremos juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que atienda tus necesidades.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un coordinador de cuidado de MMM Relax Platino Zona 1?	Un coordinador de cuidado de **MMM Relax Platino Zona 1** es la persona principal con la que puedes comunicarte. Esta persona le ayuda a coordinar todos tus proveedores y servicios de salud, y te asegura de que recibas la atención y los servicios que necesitas.
¿Qué son los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)?	Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) son ayudas para personas que necesitan asistencia para realizar actividades cotidianas, tales como: bañarse, usar el baño, vestirse, preparar alimentos y tomar sus medicamentos. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, aunque también pueden brindarse en un hogar de cuidado especializado (nursing home) o en un hospital. En algunos casos, un municipio u otra agencia puede administrar estos servicios, y su coordinador de cuidado o equipo de cuidado trabajará con dicha agencia para coordinar la atención. Para obtener más información, llame a la Línea de Orientación y Apoyo Familiar (LOAF) del Departamento de la Familia al 1-787-977-8022 o 1-888-359-7777. La disponibilidad de estos programas está sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.
¿Qué sucede si necesito un servicio y nadie dentro de la red de MMM Relax Platino Zona 1 puede proporcionarlo?	La mayoría de los servicios serán proporcionados por los proveedores de nuestra red. Si necesita un servicio que no pueda ser proporcionado dentro de nuestra red, MMM cubrirá el costo de un proveedor fuera de la red.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Dónde está disponible MMM Relax Platino Zona 1?	El área de servicio de este plan incluye los siguientes municipios de Puerto Rico: Aguada, Aguadilla, Añasco, Camuy, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón y San Sebastián.
¿Qué es una autorización previa? (continúa en la página siguiente)	La autorización previa significa obtener la aprobación de **MMM Relax Platino Zona 1** para recibir servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que no están cubiertos rutinariamente por nuestra red **antes** de recibir dichos servicios. **MMM Relax Platino Zona 1** podría no cubrir el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si no obtienes la autorización previa requerida. **Si necesitas atención de urgencia, atención de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesitas obtener una autorización previa. MMM Relax Platino Zona 1** puede proporcionarle a tu proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren una autorización previa antes de que se brinde el servicio. Consulte el **Capítulo 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**, de la Evidencia de Cubierta para obtener más información sobre las autorizaciones previas. También puedes consultar la **Tabla de Beneficios Médicos** en el **Capítulo 4** de la Evidencia de Cubierta para conocer cuáles servicios requieren una autorización previa.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una autorización previa? (continuación)	Si tienes preguntas sobre si se requiere una autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, comunícate con Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. para recibir asistencia.
¿Qué es un referido?	Un referido significa que tu Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe darte aprobación para recibir servicios de un proveedor que no sea tu PCP. Un referido es diferente a una preautorización. Si no obtienes un referido de su PCP, **MMM Relax Platino Zona 1** podría no cubrir los servicios. **MMM Relax Platino Zona 1** puede proporcionarte una lista de los servicios para los cuales se requiere un referido de tu PCP antes de que se brinde el servicio. Según lo establecido en el documento **Normas Generales de Medicare Platino**, no es necesario obtener un referido para visitar a un ginecólogo/obstetra. Consulta la Evidencia de Cubierta, **Capítulo 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**, sección **1.2: Reglas básicas para su cuidado médico y otros servicios para estar cubierto por nuestro plan**, para obtener más información sobre cuándo necesitas obtener un referido de tu PCP.
¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) bajo MMM Relax Platino Zona 1?	No. Debido a que cuentas con Asistencia Médica (Medicaid), no tendrás que pagar primas mensuales por tu cubierta de salud. Sin embargo, debes continuar pagando tu prima de la Parte B de Medicare. Su plan incluye una reducción de **$93** mensuales en la prima de la Parte B de Medicare. El monto de la reducción puede variar según el plan que seleccione y se reflejará en su pago del Seguro Social.
¿Pago un deducible como afiliado de MMM Relax Platino Zona 1?	No. Como afiliado de **MMM Relax Platino Zona 1**, usted no paga deducibles.
¿Cuál es la cantidad máxima de gastos de su bolsillo que pagaré por servicios médicos como afiliado de MMM Relax Platino Zona 1?	No hay costo compartido para los servicios médicos cubiertos por **MMM Relax Platino Zona 1**. Por lo tanto, tus gastos médicos anuales de bolsillo serán de **$0**.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla ofrece una descripción general rápida de los servicios que podrías necesitar, tus costos y las reglas aplicables a los beneficios.

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	**$0**	Nuestros planes cubren una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Puede requerir preautorización. Excepto en casos de emergencia, su proveedor de servicios de salud debe notificar al plan sobre su admisión al hospital.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Servicios en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Atención Médica o quirúrgica brindada por un médico o cirujano	**$0**	Puede requerir preautorización.
Necesita servicios médicos	Visitas para el tratamiento de una lesión o enfermedad	**$0**	
	Atención preventiva para ayudarle a mantenerse saludable, como vacunas contra la influenza y pruebas de detección para identificar cáncer	**$0**	
	Visitas de *wellness*, como un exámen físico	**$0**	
	"Bienvenido a Medicare" (visita preventiva disponible una sola vez)	**$0**	
	Atención por especialista	**$0**	Puede requerir un referido de tu médico.

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Necesita atención de emergencia	Servicios de sala de emergencias	**$0**	Cobertura de emergencias a nivel mundial: copago de **$75** por visita, con un máximo anual del plan de **$500**. El copago de **$75** no aplica si es admitido(a) al hospital. Los servicios de sala de emergencia están cubiertos fuera de la red y no requieren preautorización. Si necesita atención hospitalaria después de que su condición de emergencia haya sido estabilizada, podrían aplicar las normas de la red de proveedores y/o los requisitos de autorización.
	Servicios de cuidado de urgencia	**$0**	Atención de urgencia a nivel mundial: copago de **$75** por visita, con un máximo anual del plan de **$500**, compartido con la cobertura de emergencias a nivel mundial. El copago de **$75** no aplica si usted es admitido(a) al hospital. Los servicios de atención de urgencia están cubiertos fuera de la red y no requieren preautorización.
Necesita realizarse pruebas médicas	Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, rayos X u otros estudios de imágenes, como tomografías computarizadas [CT/CAT Scan] o resonancias magnéticas [MRI])	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos, como análisis de sangre	**$0**	Puede requerir preautorización.
Necesitas servicios auditivos	Pruebas de detección auditiva	**$0**	Puede requerir preautorización. Este es un servicio cubierto por el plan a través de la cobertura complementaria ("wrap-around"), según lo requerido por Medicaid.
	Audífonos • Audífonos suplementarios • Servicio de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios	**$0**	**$600** cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos. **Una (1)** evaluación/ajuste complementario de audífonos por año. Puede requerir preautorización.
Necesita cuidado dental	Exámenes dentales y servicios preventivos	**$0**	Los servicios dentales preventivos están cubiertos bajo Medicare Platino a través del Plan Estatal de Medicaid. Aplican los límites de beneficios correspondientes. Estos límites pueden excederse cuando sea médicamente necesario y se apruebe mediante preautorización o a través del proceso de excepción aplicable.

	Servicios dentales restaurativos, y atención dental de emergencia
	• Servicios dentales cubiertos por Medicare
	• Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual*
	• Prostodoncia
	  • Removible
	  • Puente fijo*
	  • Implantes*
		$0	Máximo de **$2,000** al año para todos los servicios dentales integrales suplementarios adicionales.
			
			*Aplican ciertas limitaciones y restricciones.
			
			Los servicios preventivos y otros servicios restaurativos están cubiertos por el plan a través de la cobertura complementaria ("wrap-around"), según lo requerido por Medicaid.
			
			El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos ni para aquellos cubiertos por Medicare y el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid).

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidado de la vista	Exámen de la vista	**$0**	Puede requerir preautorización. Este es un servicio cubierto por el plan a través de la cobertura complementaria ("wrap-around"), según lo requerido por Medicaid.
	Espejuelos o lentes de contacto	**$0**	**$600** al año para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.
	Otros servicios de cuidado de la visión	**$0**	Este es un servicio cubierto por el plan a través de la cobertura complementaria ("wrap-around"), según lo requerido por Medicaid.
Necesita servicios de salud mental	Servicios de salud mental • Visita de terapia grupal ambulatoria • Visita de terapia individual ambulatoria	**$0**	Se requiere preautorización y referido para ciertos servicios ambulatorios de salud mental.Medicare Platino también cubre los servicios de salud mental aplicables bajo el Plan Estatal de Medicaid, incluidos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y los servicios de emergencia e intervención en crisis, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que de otro modo no estén cubiertos por Medicare o por el beneficio suplementario de Medicare Advantage (MA).
	Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental	**$0**	Los requisitos de preautorización y referido varían según el servicio. La atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados requiere preautorización, pero no requiere referido. Los servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios requieren preautorización y referido. Medicare tiene un límite vitalicio de **190** días para la atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. Este límite no aplica cuando los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados se ofrecen en un hospital general. **90** días por cuidado intrahospitalario. **60** "días de reserva de por vida".
Necesita servicios para el trastorno por uso de sustancias	Servicios para el trastorno por uso de sustancias • Sesiones individuales cubiertas por Medicare • Sesiones grupales cubiertas por Medicare	**$0**	Los requisitos de preautorización y referido varían según el servicio. Las sesiones ambulatorias individuales y grupales para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias requieren preautorización y referido. Medicare Platino también cubre los servicios aplicables para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias bajo el Plan Estatal de Medicaid cuando estos no están cubiertos por Medicare o por el beneficio suplementario de Medicare Advantage (MA).
Necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle	Cuidado especializado de enfermería (Skilled Nursing Care)	**$0**	Se requiere preautorización. Se cubren hasta 100 días de atención en una facilidad de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), de acuerdo con las normas de cobertura de Medicare. El plan no requiere una estadía hospitalaria previa de tres (3) días como paciente hospitalizado antes de la admisión a una SNF.
	Hogar sustituto para adultos y hogar grupal para adultos • (Adult Foster Care y Group Adult Foster Care)	**$0**	Comuníquese con la Línea de Orientación y Apoyo Familiar (LOAF, por sus siglas en español) del Departamento de la Familia al 1-787-977-8022 o al 1-888-359-7777 para obtener más información. La disponibilidad de estos programas estará sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, física o del habla/ lenguaje	**$0**	Puede requerir preautorización.
Necesita ayuda para recibir servicios de salud	Servicios de ambulancia	**$0**	Requiere autorización, excepto en casos de emergencia.
	Transportación de emergencia	**$0**	
	Transportación a citas y servicios médicos	**$0**	**24** viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud. Transportación ilimitada hacia y desde las Multiclínicas MMM. Aplica a lugares relacionados con la salud, tales como citas médicas, para recibir tratamientos médicos, procedimientos médicos y/o para recoger resultados de pruebas médicas o de laboratorio y medicamentos. Puede requerir preautorización.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	**$0**	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y ciertos medicamentos utilizados con determinados equipos médicos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre estos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada (step therapy) entre medicamentos de la Parte B y de la Parte D hacia la Parte B. Puede requerir preautorización.
	Medicamentos de la Parte D de Medicare	**$0** de copago para suplido de 30 días y 90 días.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) de MMM Relax Platino Zona 1 para obtener más información. Una vez que usted u otras personas que actúen en su nombre hayan pagado **$2,400**, alcanzará la etapa de cobertura catastrófica y pagará **$0** por todos sus medicamentos cubiertos por Medicare. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta etapa. Disponible suministro para 30 días y 90 días en farmacias al detal (Retail Pharmacies). Disponible suministro para 90 días a través del servicio de farmacia por correo (Mail Order).

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)	Medicamentos y/o artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	**$0**	**$60** cada tres (3) meses para artículos fuera del recetario (OTC). Consulte la lista de OTC disponible en nuestro Catálogo OTC A tu Puerta o en nuestro sitio web. El monto máximo del beneficio se comparte entre los beneficios de OTC, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño, y el beneficio de acondicionamiento físico (solo artículos para ejercicio). Pueden aplicar límites en la cantidad de artículos por categoría.
Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	**$0**	
	Equipo médico para el cuidado en el hogar	**$0**	
	Servicios de diálisis	**$0**	
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios	**$0**	**Seis (6)** visitas de rutina por año para servicios suplementarios de podiatría. Puede requerir preautorización y referido.
	Servicios para aparatos ortopédicos	**$0**	Puede requerir preautorización.
Necesita equipo médico duradero (DME) **Nota:** Esta no es una lista completa del equipo médico duradero cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios al Afiliado o consulte el **Capítulo 4** de la Evidencia de Cubierta.	Sillas de ruedas, muletas, andadores, y camas de hospital	**0%-10%**	Puede requerir preautorización.
	Nebulizadores	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Equipo y suministro de oxígeno	**$0**	Puede requerir preautorización.

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en el hogar	Servicios de salud en el hogar	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Servicios en el hogar, tales como limpieza y mantenimiento del hogar	**$0**	Comuníquese con la Línea de Orientación y Apoyo Familiar (LOAF, por sus siglas en español) del Departamento de la Familia al 1-787-977-8022 o al 1-888-359-7777 para obtener más información. La disponibilidad de estos programas estará sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.
	Servicios de salud diurna para adultos, Servicios Comunitarios basados en el Adulto (CBAS, por sus siglas en ingles) u otros servicios de apoyo	**$0**	Comuníquese con el Programa de Servicios para Adultos del Departamento de la Familia al 1-787-625-4900 para obtener más información.
	Servicios para ayudarle a vivir de forma independiente (como servicios de salud en el hogar o servicios de asistente de cuidado personal)	**$0**	Comuníquese con el Programa de Servicios para Adultos del Departamento de la Familia al 1-787-625-4900 para obtener más información.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios	**$0**	**$750** al año para un máximo de **seis (6)** visitas de rutina para servicios suplementarios de quiropráctica. Puede requerir preautorización y referido.
	Suministros y servicios para la diabetes	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Servicios protésicos	**20%**	Puede requerir preautorización.
	Radioterapia	**$0**	Puede requerir preautorización.
	Servicios para ayudarle a controlar o manejar su enfermedad	**$0**	

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa)	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	**$0**	
	Acupuntura • Servicios cubiertos por Medicare • Servicios suplementarios	**$0**	**$500** al año para un máximo de **seis (6)** visitas de rutina para servicios suplementarios de acupuntura. Puede requerir preautorización y referido.
	Nutricionista	**$0**	**6** visitas por año.
	Terapias alternativas • Naturópata	**$0**	**12** visitas por año.
	Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño	**$0**	**$60** cada **tres (3)** meses para utilizarse en la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo OTC: • Alfombra de baño médica antideslizante • Asiento de inodoro elevado • Cabezal de ducha de mano • Alcanzador (*reacher*) • Luz nocturna Para más detalles, puede consultar la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestro sitio web. Este es un beneficio combinado con una cantidad máxima compartida entre los beneficios de OTC, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño, y el beneficio de acondicionamiento físico (solo artículos para ejercicio). Pueden aplicar límites en la cantidad de artículos por categoría.

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa)	Acondicionamiento Físico	**$0**	**$60** cada **tres (3)** meses para utilizarse en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo OTC: • Pedales para ejercicio físico • Bandas elásticas para estiramiento Para más detalles, puede consultar la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestro sitio web. Este es un beneficio combinado con una cantidad máxima compartida entre los beneficios de OTC, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño, y el beneficio de acondicionamiento físico (solo artículos para ejercicio). Pueden aplicar límites en la cantidad de artículos por categoría.
	MMM Asistencia	**$0**	Es elegible para **12** servicios por año para eventos individuales, que incluyen los siguientes servicios: • Servicios de asistencia en carretera* • Reparaciones menores en el hogar* • Reparación de enseres domésticos* (un [1] servicio de reparación de enseres por semestre) • Servicios de mantenimiento del hogar (Handyman) (un [1] evento de hasta 2 horas por año) • Servicios de limpieza de acondicionador de aire (A/C) (un [1] evento por semestre) • Control de plagas (una [1] visita de fumigación sencilla para interiores o exteriores por semestre) ***$300** por evento para asistencia en carretera y algunas reparaciones menores en el hogar. **$200** por evento para servicios de reparación de enseres domésticos. Límites y restricciones pueden aplicar. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Usted podría cualificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para manejar condiciones crónicas como: hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular periférica. Para una lista completa de condiciones crónicas, vea el Cap. 4 de la Evidencia de Cubierta.

Necesidad o problemas de salud	Servicios que podrías necesitar	Tus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre el beneficio (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa)	MMM Flexi Card 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)	**$0**	**$210 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.

El resumen de beneficios anterior se proporciona únicamente con fines informativos y no constituye una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre tus beneficios, puedes consultar la Evidencia de Cubierta de **MMM Relax Platino Zona 1**. Si no dispone de una Evidencia de Cubierta, llama a Servicios al Afiliado de MMM al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. para solicitarla. Si tiene preguntas, también puede visitar www.mmmpr.com.

D. Beneficios cubiertos fuera de MMM Relax Platino Zona 1

Existen algunos servicios que puedes recibir que no están cubiertos por **MMM Relax Platino Zona 1**, pero que sí están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia gubernamental estatal. Esta no es una lista completa. Para obtener información sobre estos servicios, comunícate con Servicios al Afiliado a los números indicados al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia gubernamental estatal	Tu costo
Servicios de planificación familiar Los servicios de planificación familiar están cubiertos bajo Medicare Platino a través del Plan Estatal de Medicaid. Los servicios se ofrecen de manera voluntaria y confidencial. Los servicios de esterilización están sujetos a los requisitos federales relacionados con la edad y el consentimiento. La preautorización o un proceso de excepción pueden aplicar a ciertos medicamentos o métodos anticonceptivos.	**$0**
Vacunas Vacunas proporcionadas directamente por el Departamento de Salud de Puerto Rico (PRDOH). Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para conocer la lista de vacunas aplicables del PRDOH y la información sobre cómo acceder a ellas.	**$0**

E. Servicios que MMM Relax Platino Zona 1, Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Para obtener información sobre otros servicios excluidos, comunícate con Servicios al Afiliado a los números indicados al final de esta página.

Servicios que MMM Relax Platino Zona 1, Medicare y Medicaid no cubren	
Cuidado de custodia	Para obtener una lista completa de los servicios excluidos y las excepciones aplicables, consulte el **Capítulo 4** de la Evidencia de Cobertura.
Cargos por servicios de cuidado prestados por sus familiares inmediatos o por personas que viven en su hogar	
Servicios de enfermería especializada a tiempo completo en su hogar	
Artículos personales en su habitación de un hospital o de una facilidad de enfermería especializada, tales como teléfono o televisión	
Procedimientos para revertir una esterilización	

F. Tus derechos como afiliado del plan

Como afiliado de **MMM Relax Platino Zona 1**, tienes ciertos derechos. Puedes ejercer estos derechos sin ser penalizado. También puedes ejercerlos sin perder tus servicios de cuidado de salud. Te informaremos sobre tus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre tus derechos, lee la Evidencia de Cubierta. Tus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Tienes derecho a ser tratado con respeto, equidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos sin importar su condición médica, estado de salud, utilización de servicios de salud, historial de reclamaciones, historial médico, discapacidad (incluyendo impedimentos mentales), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública.
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) sin costo alguno.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento.

- **Tienes derecho a recibir información sobre tu cuidado de salud.** Esto incluye información sobre tu tratamiento y las alternativas de tratamiento disponibles. Esta información debe proporcionarse en un idioma y formato que puedas entender. Esto incluye el derecho a recibir información sobre:
  - Una descripción de los servicios que cubrimos.
  - Cómo obtener los servicios.
  - Cuánto te costarán los servicios.
  - Los nombres de tus proveedores de servicios de salud y del coordinador de cuidado.

- **Tienes derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluyendo rechazar tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
  - Utilizar un proveedor de servicios de salud para la mujer sin necesidad de un referido.
  - Recibir tus servicios cubiertos y medicamentos de manera oportuna.
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de si están cubiertas.
  - Rechazar tratamiento, incluso si tu proveedor de servicios de salud te recomienda lo contrario.
  - Dejar de tomar un medicamento, incluso si tu proveedor de servicios de salud te recomienda continuar utilizándolo.
  - Solicitar una segunda opinión. **MMM Relax Platino Zona 1** cubrirá el costo de la visita para obtener una segunda opinión.
  - Dejar constancia de tus deseos relacionados con tu atención médica mediante una directriz anticipada.

- **Tienes derecho a recibir atención oportuna sin barreras de comunicación o acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir atención médica de manera oportuna.
  - Tener acceso adecuado para entrar y salir de la oficina de un proveedor de servicios de salud. Esto significa acceso libre de barreras para personas con discapacidades, de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).
  - Contar con intérpretes que le ayuden a comunicarte con tus proveedores de servicios de salud y con tu plan de salud.

- **Tienes derecho a buscar atención de emergencia y atención de urgencia cuando la necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en caso de una emergencia.
  - Utilizar un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red cuando sea necesario.

- **Tienes derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Solicitar y recibir una copia de tus expedientes médicos en un formato que pueda comprender, así como solicitar que estos sean corregidos o enmendados.
  - Mantener la privacidad de tu información personal de salud.
  - Disfrutar de privacidad durante tu tratamiento.

- **Tienes derecho a presentar quejas relacionadas con tus servicios o atención cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o reclamación contra nosotros o contra nuestros proveedores.
  - Presentar una querella ante MMM llamando a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (personas con impedimentos auditivos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visitando www.mmm-pr.com/afiliados/apelaciones-y-querellas.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por nuestros proveedores. Usted o su representante autorizado puede solicitarnos que revisemos una decisión relacionada con su atención médica o servicios (Parte C), incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare, o con sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Para presentar una apelación, llame a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY 711 (personas con impedimentos auditivos), o envíe su solicitud a MMM Healthcare, LLC, Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114, San Juan, PR 00936-8014. Consulte el **Capítulo 9** de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre las apelaciones de la Parte C y la Parte D.
  - Solicitar una Audiencia Estatal ante la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), Oficina PROBENE, PO Box 195661, San Juan, PR 00936, o llamar al 1-800-981-2737, TTY: 787-474-3389, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
  - Recibir una explicación detallada de las raZonas por las cuales se denegaron servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede consultar la Evidencia de Cubierta. Si tiene preguntas, puede comunicarse con Servicios al Afiliado de MMM al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), Área de Educación y Relaciones con la Comunidad de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA), al 1-877-725-4300, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. Además, puede comunicarse con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) al 1-800-981-2737 (libre de cargos) o TTY: 787-474-3389 (audio impedidos), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o considera que **MMM Relax Platino Zona 1** debe cubrir un servicio, artículo o beneficio que fue denegado, comuníquese con Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede consultar el **Capítulo 9** de la Evidencia de Cubierta. También puede comunicarse con Servicios al Afiliado de MMM a los números indicados al final de esta página.

Para querellas, reclamaciones o apelaciones relacionadas con atención médica o servicios (Parte C), incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare, comuníquese con:

MMM Healthcare, LLC
Departamento de Apelaciones y Querellas
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014
Teléfono: 1-866-333-5470
TTY: 711
Fax: 787-625-3375

Para querellas, reclamaciones, determinaciones de cobertura o apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, comuníquese con:

MMM Healthcare, LLC
Departamento de Apelaciones y Querellas
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014
Teléfono: 1-866-333-5470
TTY: 711
Fax: 787-620-2390

H. Qué hacer si sospechas de fraude

La mayoría de los profesionales de la salud y las organizaciones que prestan servicios son honestos. Sin embargo, lamentablemente, puede haber algunos que actúen de manera deshonesta.

Si cree que un médico, hospital, farmacia u otro proveedor de servicios de salud está haciendo algo incorrecto, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicios al Afiliado de MMM al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- O llame a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) al 1-800-981-2737. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-787-474-3389. El horario de servicio es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Estas llamadas son gratuitas.

Servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid Contratos H4003 017, 058 y H4004 048, 068, 072-001, 072-002, 072-003, 076-001, 076-002, 076-003

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos están cubiertos por Medicare.

Para cada beneficio que se menciona a continuación, puedes ver lo que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre y lo que nuestro plan cubre. Lo que pagas por servicios cubiertos dependerá de tu nivel de elegibilidad de Medicaid.

No importa cuál sea tu nivel de elegibilidad de Medicaid, MMM Relax Platino Zona 1 (HMO D-SNP), MMM Combo Platino (HMO D-SNP), PMC Premier Platino (HMO D-SNP), MMM Relax Platino (HMO D-SNP) Zona 1, 2 o 3, MMM Preciso Platino (HMO D-SNP) Zona 1, 2 o 3, y MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) cubrirán los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos de este Resumen de Beneficios.

Si tienes preguntas sobre tu elegibilidad para Medicaid y a cuáles beneficios tienes derecho, llama al: 787-620-2397 o al 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (audio impedidos).

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Servicios de Hospitalización	**Admisiones:** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Neonatal:** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año. Cubierta incluye: • Sala de aislamiento por raZonas médicas. • Diagnóstico y tratamiento especializado como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializados que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado. • Servicios de rehabilitación a corto plazo: para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla. Sangre: sangre, plasma y sus derivados sin limitaciones para incluir sangre irradiada y autóloga, Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Hospitalización por Condiciones Mentales	**Admisiones:** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Hospitalización por Trastorno por Uso de Sustancias	**Admisiones:** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Laboratorios y Laboratorios de Alta Tecnología	**Laboratorios Clínicos y de Alta Tecnología**** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con la obtención de un Certificado de Salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Los certificados de salud están cubiertos por el GHP, siempre que los costos compartidos y/o deducibles aplicables a los procedimientos necesarios y las pruebas de laboratorio relacionadas con la obtención de un certificado de salud sean responsabilidad del afiliado. Dichos certificados incluirán: • Pruebas del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (“VDRL”). • Pruebas de tuberculosis (“TB”); y • Virus de Hepatitis C: Anti-VHC y/o ARN del VHC, según sea necesario. • Virus de Hepatitis B: HBsAg; HBcAb IgM y/o IbG, si es necesario. • Virus de la hepatitis A: IgM del VHA; ARN del VHA, según sea necesario.1 • Cualquier certificación para afiliados de GHP relacionada con la elegibilidad para el programa Medicaid (proporcionada sin costo). • La cubierta debe cumplir con las guías del Departamento de Salud de Puerto Rico y de los CDC. 1. Según ordenado por el Departamento de Salud de Puerto Rico, orden administrativa 594 del 7/30/2024. **Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Servicios de Sala de Emergencias (ER)	**Visitas a la Sala de Emergencias** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, (por visita)** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, (por visita)** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Trauma** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios Ambulatorios para Trastorno por Uso de Sustancias	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Todos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y emergencias e intervención en crisis, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días de la semana, no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Visitas Ambulatorias	**Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista y Servicios Prenatales** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Cesación de Tabaco	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios para cesación de tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y mujeres embarazadas cuando sean médicamente necesarios y recetados por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas, con y sin receta, según indicadas por un médico.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Servicios de Maternidad	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según certificado por un médico. Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico. Servicios prenatales.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Médico y Quirúrgico	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado. Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del afiliado al haber completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios de Visión	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Espejuelos o lentes para beneficiarios entre las edades de 0 a < 21 años, se cubrirán cuando sea médicamente necesario, el beneficio de espejuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación y reemplazo de espejuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Exámenes de Audición	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluido en el Plan del Estado.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Terapia física, ocupacional y del habla	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Cubierto sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del wrap around.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Medicamentos Recetados	**Preferidos (Niños (0-20, Inclusive))** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Preferidos (Adultos)**** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$1 Código de Cubierta 120-$2 Código de Cubierta 130-$3 **No-Preferidos (Niños (0-20, Inclusive))** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 continúa...	**Medicamentos Cubiertos** **$0** de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. **$0** de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Medicamentos Recetados (continuación)	**No-Preferidos (Adultos)**** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$3 Código de Cubierta 120-$4 Código de Cubierta 130-$6 **Abuso de sustancias ambulatorio** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado. Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del beneficio de la Organización Medicare Advantage, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado. El medicamento tiene que aparecer en el formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y tiene que estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. También tiene que cumplir con lo siguiente: • El beneficio de farmacia para todos los planes Medicare Advantage proveerá un año completo de cubierta bajo su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y sujeto a los copagos establecidos en la cubierta Platino como el único pago del bolsillo. • Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan Medicare Advantage están sujetos al proceso de excepción para la posible aprobación de un medicamento no cubierto. Si se sostiene la denegación durante el proceso de excepción por parte de la Organización Medicare Advantage, incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto por el Formulario del Plan de Salud del Gobierno, el medicamento será cubierto por el wrap around. El médico tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan Medicare Advantage en la categoría de medicamento necesario. • Para que se consideren los medicamentos del wrap around, estos tienen que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Todos los Formularios de medicamentos Parte D de las Organizaciones Medicare Advantage deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del Plan de Salud del Gobierno. **Los copagos no aplican a niños de 0 a 20 años de edad inscritos en Medicaid, personas médico-indigentes según el Estado, y niños de 0 a 20 años de edad inscritos en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), en grupos de edad 0-20.	**Medicamentos Cubiertos** **$0** de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. **$0** de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	**Preventivo (Niño)** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Preventivo (Adulto)** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Restaurativo** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Los siguientes son beneficios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno: • Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años; • Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún (21) años; • Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica; • Servicios dentales preventivos para adultos; • Servicios dentales restaurativos para adultos; • Un (1) examen oral completo al año; • Un (1) examen periódico cada seis meses; • Un (1) examen oral limitado a un problema definido; • Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres (3) años; • Una (1) radiografía inicial periapical/intraoral; • Hasta cinco (5) radiografías periapicales/intraorales adicionales por año; • Una (1) radiografía sencilla de mordida al año; • Una (1) radiografía doble de mordida al año; • Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años; continúa...	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos (continuación)	• Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses; • Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses; • Una (1) aplicación tópica de fluoruro cada seis (6) meses para los afiliados menores de diecinueve (19) años de edad; • Selladores de fisura de por vida para los afiliados hasta los catorce (14) años de edad, (incluyendo molares deciduos hasta los ocho (8) años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries); • Restauración de amalgama; • Restauraciones de resina; • Endodoncia (“root canal”); • Tratamiento paliativo; y • Cirugía oral; • Servicios de sedación y anestesia para beneficiarios con discapacidades físicas o mentales de conformidad con las leyes locales; • Raspado periodontal y alisado radicular hasta 4 cuadrantes por beneficiario; • Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior); • Visitas al hospital; • Todas las limitaciones se pueden exceder en función de la necesidad médica y se pueden aprobar mediante una preautorización o un proceso de excepción.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios Preventivos	Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 Servicios de vacunación no cubiertos por: 1. Parte B de Medicare. 2. Formulario de la Parte D de la Organización de Medicare Advantage. 3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage. 4. No cubiertos por el Programa de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico pero incluido en el Plan Estatal de Medicaid de Puerto Rico. Vacunas Todas las vacunas requeridas para pacientes postransplante de médula ósea	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	Cubiertas HMO D-SNP

Planificación Familiar	Código de Cubierta 100-$0
	Código de Cubierta 110-$0
	Código de Cubierta 120-$0
	Código de Cubierta 130-$0
	
	Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.
	
	• Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proporcionan servicios de salud reproductiva y asesoramiento sobre planificación familiar. Estos servicios deben brindarse de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el beneficiario sea menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación de la infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo de inserción/remoción de productos no orales, como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; al menos uno de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA cuando sean médicamente necesarios y aprobados a través de preautorización o por medio de un proceso de excepción y que el proveedor de la receta pueda demostrar al menos una de las siguientes situaciones:
	  • Contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que puedan ser utilizados por el afiliado.
	  • Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.
	  • Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.
	
	Requisitos Federales para la Esterilización:
	• El beneficiario debe tener al menos 21 años de edad.
	• El formulario federal de consentimiento debe firmarse entre 30 y 180 días antes del procedimiento.
	• Las esterilizaciones de emergencia están prohibidas.
	• Se deben proveer servicios de interpretación cuando sean necesarios.
	• Se prohíbe cualquier forma de coerción.
		$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Otros Servicios	**Rayos X**/Pruebas Diagnósticas Especiales**/Terapia Respiratoria/Cuidado de Salud Infantil/Cirugía Ambulatoria** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 **Examen Físico/Cubierta Especial** Código de Cubierta 100-$0 Código de Cubierta 110-$0 Código de Cubierta 120-$0 Código de Cubierta 130-$0 ** Solo aplica a Pruebas Diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un tratamiento preventivo.	**$0** por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Cubiertas HMO D-SNP

Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del wrap around. Los servicios en el wrap Platino están sujetos a los copagos máximos en la tabla con excepciones y cero copagos para beneficiarios de Medicaid / CHIP y algunos servicios, a continuación:

1. **Los siguientes Beneficiarios de Medicaid / CHIP* están exentos de copagos independientemente del código de su cubierta**:
   - Niños desde 0 a menos de 21 años de edad (0-20 años de edad, inclusive);
   - Mujeres embarazadas (durante el embarazo y los 60 días subsiguientes al periodo de parto);
   - Los nativos americanos y nativos de Alaska (AI/AN);
   - Las personas hospitalizadas; y
   - Las personas que reciben cuidados de hospicio.

2. **Los Beneficiarios de Medicaid / CHIP* están exentos de copagos cuando reciben cualquiera de los siguientes servicios:**
   - Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, servicios de hospital y de posestabilización según definido en las regulaciones federales 1932(b)(2) de la Ley y 42 CFR 438.114(a);
   - Servicios de planificación familiar y suministros;
   - Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad (0-17 años de edad; inclusive);
   - Servicios relacionados con el embarazo y consejería y cesación de uso de drogas y tabaco;
   - Servicios preventivos del proveedor según se define en 42 CFR 447.26(b);

3. **No copago para los servicios provistos por proveedores participantes de la Red Preferida.** Las farmacias y dentistas no son parte de la red Preferida de Proveedores; y

4. **Copago por visita no de emergencia a sala de emergencia de un hospital puede ser eliminado llamando al centro de llamadas del MCO y recibiendo un código que exima del copago.**

5. **La tabla del wrap around está sujeta a cambios a partir del 01/01/2027.**

6. **Comentarios adicionales:**

Rediseño de la Parte D de Medicare para 2026

El rediseño de 2027 incluye:
- Eliminación de la brecha de cobertura.
- Un límite anual de gastos de bolsillo de $2,400.
- Nuevo Programa de Descuento del Fabricante (MDRP).
- Programa opcional de distribución de costos para repartir los gastos de bolsillo durante el año.
- Todas las vacunas recomendadas por el ACIP cubiertas con un costo de $0.

A. Cubierta de Medicamentos Wrap Around

La cubierta Wrap Around aplica únicamente cuando Medicare y la Organización Medicare Advantage (MAO) no cubren el medicamento y el Plan Estatal sí lo cubre.

Cumplimiento:
- El proceso de excepción de CMS debe completarse primero.
- La documentación debe demostrar que se intentaron alternativas del formulario de medicamentos o que estas estaban contraindicadas.

B. Referencias Federales
- Medicare: 42 USC § 1395; 42 CFR 400-429
- Medicaid: 42 USC § 1396; 42 CFR 430-456
- MHPAEA: 42 CFR 438.910
- Esterilización: 42 CFR 441.200-208
- Servicios de Emergencia: 42 CFR 438.114
- Rediseño de la Parte D: Regla Final de CMS 2025-2026

*No aplicable a Medicare Platino.

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. 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.

PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014

Si tienes preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o su tarjeta de identificación de afiliado, llama a:

Servicios al Afiliado

787-620-2397

1-866-333-5470
(libre de cargos)

Llamadas a este número son gratuitas.
Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (IRS) está disponible marcando el 711.

TTY:711
(audio impedidos)

Llamadas a este número son gratuitas.
Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Si necesitas atención inmediata de salud mental, llama a:

Línea de la Unidad Integrada de Salud Mental

787-625-2121

1-877-721-7722
(libre de cargos)

Llamadas a este número son gratuitas.
Lunes a domingo, las 24 horas del día
Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (IRS) está disponible marcando el 711.

TTY:711
(audio impedidos)

Llamadas a este número son gratuitas.
Lunes a domingo, las 24 horas del día

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llama a tu Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés). Sigue las instrucciones de tu PCP para recibir atención cuando la oficina esté cerrada. Si la oficina de tu PCP está cerrada, también puedes llamar a la línea de ayuda Haciendo Contacto de MMM. El personal clínico escuchará tu situación y te indicará cómo obtener la atención que necesitas (por ejemplo, un centro de cuidado de urgencia o una sala de emergencias).

Los números para MMM Haciendo Contacto son:

1-866-677-7779
(libre de cargos)

Llamadas a este número son gratuitas.
Lunes a domingo, las 24 horas del día
Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (IRS) está disponible marcando el 711.

TTY:711
(audio impedidos)

Llamadas a este número son gratuitas.
Lunes a domingo, las 24 horas del día

MMM
caminamosjuntos

www.mmmpr.com

EN MMM, ¡CAMINAMOS JUNTOS!