

# MMM Relax Platino (HMO-SNP) ofrecido por MMM Healthcare, LLC

## Notificación Anual de Cambios 2019

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

---

### Qué hacer ahora

#### I. PREGUNTE: Qué cambios le aplican a usted

**Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.**

- Es importante que revise ahora su cubierta para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Busque en las Secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

**Verifique si los cambios en nuestra cubierta de medicamentos recetados le afectan.**

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
- ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como por ejemplo la necesidad de nuestra aprobación antes de procesar su receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos al utilizar esta farmacia?
- Revise la Lista de Medicamentos para el 2019 y busque en la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cubierta de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pudieron haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico para alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede representar un ahorro en sus costos máximos de bolsillo durante el año. Para recibir información adicional sobre los costos de los medicamentos, visite <https://es.medicare.gov/part-d/costs/part-d-costs.html>. Estas tablas resaltan los fabricantes que han estado aumentando sus precios y también presentan otra información de medicamentos de año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuál será el cambio de los costos de sus medicamentos.

**Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.**

- ¿Están sus médicos en nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Busque en la Sección 2.3 para obtener información sobre el Directorio de Proveedores y Farmacias.

**Piense en los costos totales de su cuidado de salud.**

- ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza regularmente?
- ¿Cuánto pagará por su prima y deducibles?
- ¿Cómo comparan los costos totales con otras opciones de cubierta de Medicare?

**Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.**

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

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

- Utilice el Buscador de Planes de Medicare en la página electrónica de Medicare <https://es.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos".
- Revise la lista al dorso de su folleto Medicare y Usted.
- Busque en la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

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

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

- Si quiere **quedarse** en MMM Diamante Excel Plus Platino, no tiene que hacer nada. Usted se quedará en MMM Diamante Excel Plus Platino.
- Si quiere **cambiar a un plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre ahora y el 31 de diciembre. Busque en la sección 3.2, página 14 para obtener más información sobre sus opciones.

**4. AFÍLIESE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre ahora y el 31 de diciembre de 2018

- Si **no se une a otro plan para el 31 de diciembre de 2018**, se quedará en MMM Diamante Excel Plus Platino.
- Si se **une a otro plan en o antes del 31 de diciembre 2018**, su nueva cubierta comenzará el primer día del mes siguiente.

- Comenzando en el 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la cual se puede cambiar de plan. Busque en la sección 4, página 15 para más información.

## Recursos Adicionales

- Esta información está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, llame a nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como Braille, letra grande, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si necesita la información de nuestro plan en algún otro formato.
- **La cubierta bajo este plan cualifica como Cubierta Médica Cualificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés).** Por favor, visite la página de Internet del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <https://www.irs.gov/es/spanish> para más información.

## Sobre MMM Relax Platino

- MMM Healthcare, LLC es un plan de cuidado coordinado con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM Healthcare, LLC depende de la renovación del contrato.
  - Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a MMM Relax Platino.
- 

MMM-PDG-MIS-004-082218-S

Y0049\_2019 1140 0003 2\_M

## Resumen de los costos importantes para el 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y de 2019 para MMM Relax Platino en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación Anual de Cambios* y revisar la *Evidencia de Cubierta* para ver si algún otro cambio de beneficio o costo le afecta. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cubierta*.**

| Costo   | 2018 (este año)  | 2019 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la 2.1 para detalles.  | \$0 prima mensual  | \$0 prima mensual  |
| <b>Visitas a oficinas médicas</b>   | Visitas de cuidado primario:<br>\$0 de copago por visita<br><br>Visitas a especialistas:<br>\$0 de copago por visita | Visitas de cuidado primario:<br>\$0 de copago por visita<br><br>Visitas a especialistas:<br>\$0 de copago por visita |
| <b>Estadías hospitalarias</b><br>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día antes del día de alta, es su último día de cuidado hospitalario. | \$0 de copago por estadía  | \$0 de copago por estadía  |

| Costo  | 2018 (este año)  | 2019 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D</b><br/>(Vea la sección 2.6 para detalles.)</p>   | <p>Deducible: <b>\$0</b><br/>Copago durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos Cubiertos<br/>\$0 de copago</li> </ul> | <p>Deducible: <b>\$0</b><br/>Copago durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos Cubiertos<br/>\$0 de copago</li> </ul> |
| <p><b>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</b></p> <p>Éste es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos.<br/>(Vea la sección 2.2 para detalles.)</p> | <p><b>\$3,250</b></p>  | <p><b>\$3,250</b></p>  |

## **Notificación Anual de Cambios para el 2019**

### **Tabla de Contenido**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen de los costos importantes para el 2019 .....</b>                                      | <b>1</b>  |
| <b>SECCIÓN 1    Estamos cambiando el nombre del plan .....</b>                                   | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 2    Los cambios en los beneficios de Medicare y costos para el próximo año .....</b> | <b>4</b>  |
| Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual .....   | 4         |
| Sección 2.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo .....                        | 4         |
| Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores.....  | 5         |
| Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias .....   | 6         |
| Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....                  | 6         |
| Sección 2.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D.....                | 10        |
| <b>SECCIÓN 3    Decidir qué plan elegir .....</b>  | <b>14</b> |
| Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en MMM Relax Platino.....                                | 14        |
| Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan .....  | 14        |
| <b>SECCIÓN 4    Cambiando de Plan.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>SECCIÓN 5    Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b> | <b>16</b> |
| <b>SECCIÓN 6    Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados.....</b>              | <b>16</b> |
| <b>SECCIÓN 7    ¿Preguntas? .....</b>  | <b>17</b> |
| Sección 7.1 – Obteniendo ayuda de MMM Relax Platino .....  | 17        |
| Sección 7.2 – Obteniendo ayuda de Medicare.....  | 18        |
| Sección 7.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid.....  | 18        |

## SECCIÓN I Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de MMM Diamante Excel Plus Platino a MMM Relax Platino.

Es importante que sepa que su tarjeta de identificación del plan, Evidencia de Cubierta, lista de medicamentos cubiertos (Formulario de Medicamentos), Directorio de Proveedores y Farmacias, Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y todos los materiales con información del plan reflejarán este cambio de nombre.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado del plan (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

## SECCIÓN 2 Los cambios en los beneficios de Medicare y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

| Costo  | 2018 (este año)                           | 2019 (próximo año)                        |
|--|---|---|
| <b>Reducción de la prima mensual de la Parte B de Medicare</b>   | <b>\$42</b> reducción de la prima mensual | <b>\$75</b> reducción de la prima mensual |
| <b>Prima Mensual</b><br>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted). | <b>\$0</b> prima mensual                  | <b>\$0</b> prima mensual                  |

### Sección 2.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo

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

| Costo  | 2018 (este año) | 2019 (próximo año)   |
|--|-----------------|--|
| <p><b>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</b></p> <p><b>Dado a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, son pocos los afiliados que alcanzan este costo máximo en pagos de su bolsillo.</b></p>        | <b>\$3,250</b>  | <p><b>\$3,250</b></p> <p>Cuando usted ha pagado <b>\$3,250</b> de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p> |
| <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p> |                 |  |
| <p>No hay cambios para el próximo año.</p>   |                 |  |

## Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet ([www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2019 para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le demos a usted el acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un intento de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de anticipación si su proveedor deja nuestro plan para que usted tenga oportunidad de escoger un nuevo proveedor.



- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si usted está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarlo.
- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su doctor o proveedor estará dejando el plan, por favor comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

---

## Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

---

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

Habrán cambios en la red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet ([www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

---

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

Estamos cambiando nuestra cubierta de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación se describen estos cambios. Para detalles sobre cubierta y costo por estos servicios, vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su Evidencia de Cubierta de 2019. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cubierta*.

| Costo                            | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)   |
|----------------------------------|---|--|
| <b>Servicios quiroprácticos-</b> | Usted paga <b>\$15</b> de copago por servicios quiroprácticos | Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios quiroprácticos |

| Costo   | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <b>Suplementario</b>  | <p>suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta seis <b>(6)</b> visitas para servicios quiroprácticos suplementarios con un límite máximo del plan de <b>\$750</b> por año.</p>  | <p>suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta seis <b>(6)</b> visitas para servicios quiroprácticos suplementarios con un límite máximo del plan de <b>\$750</b> por año.</p>   |
| <b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b>  | <p>Usted paga <b>0% a 20%</b> del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0%</b> del costo total por suplidos de equipo médico duradero</li> <li>• <b>15%</b> del costo total por silla de ruedas</li> <li>• <b>20%</b> del costo total por camas de hospital para uso en el hogar</li> <li>• <b>20%</b> del costo total por silla de ruedas motorizada</li> <li>• <b>10%</b> del costo total por otro equipo médico duradero</li> </ul> | <p>Usted paga <b>0% a 20%</b> del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0%</b> del costo total por suplidos de equipo médico duradero</li> <li>• <b>5%</b> del costo total por silla de ruedas</li> <li>• <b>5%</b> del costo total por camas de hospital para uso en el hogar</li> <li>• <b>20%</b> del costo total por silla de ruedas motorizada</li> <li>• <b>0%</b> del costo total por otro equipo médico duradero</li> </ul> |
| <b>Prótesis y suministros relacionados</b>  | <p>Usted paga <b>20%</b> del costo total por aparatos prostéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>10%</b> del costo total por suplidos médicos cubiertos por Medicare.</p>   | <p>Usted paga <b>10%</b> del costo total por aparatos prostéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>10%</b> del costo total por suplidos médicos cubiertos por Medicare.</p>  |
| <b>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)- Suplementario</b> | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios.</p>   | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios.</p>  |

| Costo   | 2018 (este año)  | 2019 (próximo año)   |
|---|--|--|
|   | <p>Usted es elegible para hasta <b>\$20</b> cada <b>3</b> meses de beneficio suplementario para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vitaminas y minerales</li> <li>2. Suplidos de primeros auxilios</li> <li>3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li> <li>4. Cuidado de la boca</li> <li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li> <li>6. Monitor de presión arterial</li> </ol> | <p>Usted es elegible para hasta <b>\$40</b> cada <b>3</b> meses de beneficio suplementario para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vitaminas y minerales</li> <li>2. Suplidos de primeros auxilios</li> <li>3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li> <li>4. Cuidado de la boca</li> <li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li> <li>6. Monitor de presión arterial</li> </ol> |
| <b>Medicamentos Recetados bajo la Parte B de Medicare</b> | <p>Requisitos de terapia escalonada para los Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare <b>no</b> aplican.</p>   | <p>Los Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>   |
| <b>Servicios dentales-Suplementario</b>                   | <p>Usted paga <b>50%</b> del costo total por servicios dentales de prostodoncia suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$500</b> por año para un <b>(1)</b> juego completo o dentadura parcial cada cinco <b>(5)</b> años.</p>   | <p>Usted paga <b>33%</b> del costo total por servicios dentales de prostodoncia suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$1,000</b> por año para un <b>(1)</b> juego completo o dentadura parcial cada cinco <b>(5)</b> años.</p>   |

| Costo   | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <b>Espejuelos-Suplementarios</b>              | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por espejuelos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$100</b> por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p> | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por espejuelos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$350</b> por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>  |
| <b>Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas</b> | <p>Beneficio suplementario de Ayuda adicional con Ciertas Condiciones Crónicas <b>no</b> cubierto.</p>  | <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a especialistas</b> (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, entre otros).</li> <li>• <b>Servicios de Salud Mental</b></li> <li>• <b>Servicios de Otros Profesionales de la Salud</b></li> <li>• <b>Telehealth:</b> Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, psiquiatra, entre otros.</li> </ul> |

Usted es elegible si está

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año)   |
|-------|-----------------|--|
|       |                 | <p>inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> <li>2. Insuficiencia Cardíaca Crónica</li> <li>3. Desórdenes Cardiovasculares</li> <li>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</li> </ol> <p>Por favor contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.</p> |

## Sección 2.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D

### Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". En este sobre hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cubierta para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

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

Para el 2019, los afiliados que residan en una facilidad de cuidado prolongado recibirán un suplido temporero que será igual a la cantidad de suplido temporero que se provee en todos los otros casos: un suplido de 30 días de medicamento, en vez de la cantidad provista en el 2018 (suplido de 91 días de medicamento). (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suplido temporero y cómo solicitarlo, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cubierta). Debe hablar con su médico durante el tiempo en que esté recibiendo el suplido temporero para decidir qué hacer cuando se le acabe el suplido temporero. Usted puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o puede pedirle al plan que haga una excepción para cubrirle su medicamento.

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

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

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

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, pudiésemos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare durante el año.

Comenzando en el 2019, pudiésemos remover inmediatamente un medicamento de marca de su Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento

genérico en un mismo o más bajo nivel de costo compartido, con las mismas o menores restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en su Lista de Medicamentos, pero pudiésemos moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido distinto o añadirle nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado por un nuevo medicamento genérico (o el nivel de costo compartido o la restricción del medicamento de marca cambia), usted no siempre recibirá notificación del cambio 60 días antes de que se realice el cambio ni recibirá un despacho de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, usted recibirá información del cambio específico que realizamos, pero puede recibirla luego de que se haya realizado el cambio.

Además, comenzando en el 2019, antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de Medicamentos que requieren que le notifiquemos con anticipación si está tomando un medicamento, le proveeremos la notificación 30, en lugar de 60, días antes de que realicemos el cambio. O le haremos un despacho de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

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

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

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

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

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a las primeras 2 etapas –La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras 2 etapas – La Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierta*.)

## Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa                                    | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa Anual de Deducible</b> | Dado a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted. | Dado a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted. |

## Cambios en su Costo Compartido en la Etapa de Cubierta Inicial

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

| Etapa   | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en este renglón son por un suplido para un mes (30 días) cuando se le despache su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.</p> <p>Para información sobre los costos de un suplido a largo plazo o de recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cubierta.</i></p> | <p>Su costo por un suplido de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos Cubiertos</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,750, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p> | <p>Su costo por un suplido de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos Cubiertos</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,820, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p> |



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

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

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

## **SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir**

### **Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en MMM Relax Platino**

**Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada.** Si no se afilia en un plan diferente o cambia a Medicare Original, automáticamente seguirá afiliado en nuestro plan para el 2019.

### **Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan**

Esperamos tenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para el 2019 siga estos pasos:

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

- Usted puede unirse a otro plan de salud de Medicare,
- – O– Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos de Medicare.

Su nueva cubierta comenzará el primer día del mes siguiente. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 5), o llame a Medicare (ver Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página electrónica de Medicare. Diríjase a <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos". **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cubierta y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como un recordatorio, MMM Healthcare, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser distintos en cubierta, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cubierta

- Para cambiar **a un plan de salud diferente de Medicare**, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Relax Platino.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Relax Platino.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe hacer una de las siguientes:
  - enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos aparecen en la sección 7.1 de este folleto).
  - —o— llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar su desafiliación. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

## SECCIÓN 4 Cambiando de Plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo desde ahora hasta **el 31 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2019.

### ¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Por ejemplo, se les pudiese permitir hacer cambios durante otras épocas del año a personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, aquellos que están dejando una cubierta patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio. Comenzando en el 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la cual se puede cambiar de plan. Para más información, busque el Capítulo 10, Sección 2.1 de la Evidencia de Cubierta.

Nota: Efectivo el 1 de enero de 2019, si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no se pueda cambiar de plan.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cubierta para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cubierta*.

## **SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

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

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no está conectada con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud para personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY deben llamar al 787-919-7291. Usted puede conocer más acerca del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página electrónica ([www.oppea.pr.gov/](http://www.oppea.pr.gov/)).

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

## **SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados**

Puede cualificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare:** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito para recibir “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio para Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de las primas de su plan de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que cualifica, usted no tendrá

una brecha de cubierta o penalidad por afiliación tardía. Si tiene dudas acerca de la Ayuda Adicional, llame:

- I-800-MEDICARE (I-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al I-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana.
  - La Oficina de Seguro Social al I-800-772-1213 entre las 7:00 a.m. y 7:00 p.m., lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar al I-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda con los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a individuos elegibles que viven con VIH/ SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro médico o tener una cubierta limitada. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 787-765-2929 extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Obteniendo ayuda de MMM Relax Platino

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), I-866-333-5470 (Libre de Cargos). (Para TTY, llame al I-866-333-5469).

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a este número son libres de cargos.

#### **Lea la *Evidencia de Cubierta de 2019* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios a sus beneficios y lo que pagará en el 2019. Para obtener más información, busque en la *Evidencia de Cubierta de 2019* para MMM Relax Platino. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cubierta*.

## Visite nuestra página de Internet

También puede visitar nuestra página de Internet en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). Como recordatorio, nuestra página electrónica contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

---

## Sección 7.2 – Obteniendo ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

### Visite la página de Internet de Medicare

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

### Lea Medicare y Usted 2019

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2019*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla a través de la página de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## Sección 7.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid

---

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