

MMM Elite (HMO-POS) ofrecido por MMM Healthcare, LLC.

Notificación Anual de Cambios para 2025

Usted está actualmente afiliado a MMM Elite. El año que viene, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Por favor, vea la página 5 para un Resumen de los Costos Importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cubierta*, que se encuentra localizada en nuestra página electrónica www.mmmpr.com. También puede llamar a Servicios al Afiliado para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

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

Qué hacer ahora

I. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de cuidado médico (doctor, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cubierta de medicamentos, incluidos las restricciones de cubierta y costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en nuestra “Lista de Medicamentos” 2025 para asegurarse que los medicamentos que está tomando actualmente estén todavía cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para conocer si alguno de estos medicamentos se cambia a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a restricciones diferentes, como preautorización, terapia escalonada o límite de cantidad, para el 2025.
- Verifique si sus médicos primarios, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si cualifica para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.

Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.

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

- Verifique la cubierta y los costos de planes en su área. Utilice el Buscador de Planes Medicare en la página electrónica www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista al dorso de su folleto *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- Una vez reduzca sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cubierta en la página de Internet de ese plan.

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

- Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2024, permanecerá en MMM Elite.
- Para cambiar a un **plan diferente**, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 diciembre. Su nueva cubierta comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su afiliación a MMM Elite.
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado prolongado), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta para medicamentos recetados separada) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, póngase en contacto con nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es gratis.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como en braille, letra agrandada, audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si necesita la información del plan en algún otro formato.
- **La cubierta bajo este plan cualifica como Cubierta Médica Calificada** (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite la página de Internet del OMB Approval 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Sobre MMM Elite

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

Y0049_2025 1140 0007 I_M
MMM-PDG-MIS-525-072224-S

Notificación Anual de Cambios para 2025

Tabla de Contenido

Resumen de costos importantes para 2025.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias.....	8
Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	17
SECCIÓN 3 Decidir cuál plan elegir.....	17
Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en MMM Elite	17
Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan	17
SECCIÓN 4 La fecha límite para cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	19
SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por sus Medicamentos Recetados.....	19
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	20
Sección 7.1 – Obteniendo ayuda de MMM Elite.....	21
Sección 7.2 – Obteniendo ayuda de Medicare.....	21

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y de 2025 para MMM Elite en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para detalles.	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual
Cantidad máxima de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Vea la Sección 1.2 para detalles.)	\$3,250	\$3,250
Visitas a oficinas médicas	Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita	Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita
Estadías hospitalarias	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida \$0 de copago por admisión o estadía, incluyendo UNIDAD DORADA Nivel 2: Red General \$50 de copago por admisión o estadía	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida \$0 de copago por admisión o estadía, incluyendo UNIDAD DORADA Nivel 2: Red General \$50 de copago por admisión o estadía

<p>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 1.5 para detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro, según aplique, durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$3 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Marca No Preferida): \$5 de copago. • Medicamentos Nivel 5 (Especializados): 33% de coaseguro. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos Nivel 6 (Cuidado Selecto): \$0 de copago <p>Cubierta Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro, según aplique, durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Marca No Preferida): \$0 de copago. • Medicamentos Nivel 5 (Especializados Preferidos): 25% de coaseguro. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos Nivel 6 (Especializados): 33% de coaseguro • Medicamentos Nivel 7 (Cuidado Selecto): \$0 de copago <p>Cubierta Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	nuestra cubierta adicional. No paga nada.	cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestra cubierta adicional.
--	-------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima Mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le requiere pagar de por vida una penalidad por afiliación tardía a la Parte D por no tener cubierta de medicamentos que sea al menos tan buena como la cubierta de medicamentos de Medicare (también conocida como cubierta acreditable) por 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos recetados de Medicare.

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan hacia la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p> <p>No hay cambios para el próximo año.</p>	<p>\$3,250</p>	<p>\$3,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,250 de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

El directorio actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmmpr.com. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de tres días laborables.

Hay cambios en nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2025 www.mmmpr.com para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) y cuales farmacias son parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mediados de año lo afecta, comuníquese con Servicios al Afiliado para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos realizando cambios de costos y beneficios para algunos servicios médicos para el próximo año. La información que aparece a continuación describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de transportación - Suplementario</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios de transportación suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta veinticuatro (24) viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud, tales como: citas con un médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios de transportación suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta veinticuatro (24) viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud, tales como: citas con un médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.</p> <p>Usted es elegible para viajes ilimitados desde y hacia las MMM Multiclínicas.</p>
<p>Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga 20% del costo total para Inmunosupresores si tuvo un trasplante cubierto por Medicare.</p> <p>Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada de la Parte B a Parte B.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por Inmunosupresores Genéricos y de Marca si tuvo un trasplante cubierto por Medicare.</p> <p>Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada de la Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B.</p>
<p>MMM Flexi Card- Suplementario</p>	<p>MMM Flexi Card bajo las flexibilidades permitidas por el modelo de <i>Value-Based Insurance Design (VBID)</i> <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por la MMM Flexi Card bajo las flexibilidades permitidas por el modelo de <i>Value-Based Insurance Design (VBID)</i>.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>Usted es elegible para recibir la cantidad mensual de \$15 en forma de tarjeta de débito. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comida preparada - Alimentos y provisiones - Gasolina - Productos de limpieza - Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.) - Utilidades - Artículos fuera de recetario (OTC) adicionales - Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) - Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño - Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria, y membresía de gimnasio) - Cuidado de mascotas - Artículos de jardinería / ferretería - Servicios de cuidado personal, tales como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas antienvjecimiento / manchas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Electrodomésticos - 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) <p>Cualquier saldo remanente al final de mes se transferirá al mes siguiente durante el año contrato 2025. El balance no</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>se transfiere de un año contrato a otro.</p> <p>Para recibir este beneficio, debe padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, vea su Evidencia de Cubierta.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se provee de manera electrónica.

Hemos realizado cambios a nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir eliminar o añadir medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cubierta para ciertos medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

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 que pudieran afectarle durante el año. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea, por lo menos una vez al mes, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cubierta* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Afiliado para más información.

A partir de 2025, podremos eliminar inmediatamente medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos con nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico

original en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que está siendo reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan a lo largo de este capítulo, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cubierta*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios al Afiliado o pedirle más información a su proveedor de cuidado médico, quien le prescribe o farmacéutico.

Cambios en los Beneficios y 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.**

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cubierta Inicial y la Etapa de Cubierta Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cubierta y el Programa de Descuento de la Brecha de Cubierta ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento de la Brecha de Cubierta también será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cubierta Inicial y la Etapa de Cubierta Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuentos del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.</p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cubierta Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte.</p> <p>Los costos en este renglón son por un suministro para un mes (30 días) cuando le despachen su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.</p> <p>Para información referente a los costos para un suministro a largo plazo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cubierta</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>Nivel 1 Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 Genéricos: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga \$3 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 Marca No Preferida: Usted paga \$5 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 Medicamentos Especializados:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:</p> <p>Nivel 1 Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 Genéricos: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 Marca No Preferida: Usted paga \$0 de copago por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Usted paga 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 6 Medicamentos de Cuidado Selecto: Usted paga \$0 del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$5,030, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p> <p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos:</p> <p>Medicamentos para la Disfunción Eréctil Usted paga \$0 de copago por medicamentos incluidos en el Nivel 2 (Genéricos).</p> <p>Usted es elegible para hasta cuatro (4) pastillas recetadas cada mes.</p>	<p>Medicamentos Especializados Preferidos: Usted paga 25% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 6 Medicamentos Especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 7 Medicamentos de Cuidado Selecto: Usted paga \$0 del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez haya pagado \$2,000 fuera de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Cubierta Catastrófica).</p> <p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos:</p> <p>Medicamentos para la Disfunción Eréctil Usted paga \$0 de copago por medicamentos incluidos en el Nivel 2 (Genéricos).</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Usted es elegible para hasta cuatro (4) pastillas recetadas cada mes.		

Cambios en la Etapa de Cubierta Catastrófica

La Etapa de Cubierta Catastrófica –es la tercera etapa y la final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cubierta Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuentos para Fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de Cubierta Catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre la Etapa de Cubierta Catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6 en su *Evidencia de Cubierta*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare</p>	<p>No disponible</p>	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cubierta de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero – diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, por favor, comuníquese con nosotros al 833-696-2087 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Decidir cuál plan elegir

Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en MMM Elite

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

Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan

Esperamos tenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan para el 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el folleto *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 5), o llame a Medicare (ver Sección 7.2).

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

Paso 2: Cambie su cubierta

- Para **cambiar a un plan de salud Medicare diferente**, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Elite.
- 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 Elite.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – 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.

SECCIÓN 4 La fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo durante el período del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Ejemplos incluyen, personas con Medicaid, a aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, a aquellos que están dejando una cubierta patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cubierta para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado prolongado), puede cambiar su cubierta de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud para las personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY deben llamar al 787-919-7291. Usted puede conocer más acerca de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página electrónica (www.oppea.pr.gov/).

SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por sus Medicamentos Recetados

Usted pudiera cualificar para asistencia para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, algunos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Personas con ingresos limitados pudiesen cualificar para "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cualifica, Medicare pudiese pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos incluyendo primas mensuales para medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, aquellas personas que cualifican no tienen penalidad por afiliación tardía. Para ver si usted cualifica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a.m. y 7:00 p.m., de lunes a viernes, para un representante. Mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda con los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a individuos elegibles a ADAP que viven con VIH/ SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro médico o tener una cubierta limitada. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si actualmente está inscrito cómo continuar recibiendo asistencia llame al 787-765-2929, extensiones 5106, 5113, 5115, 5116, 5117, 5119, 5121, 5135, 5136, 5137, 5138 y 5149. Cuando llame, asegúrese de informarles sobre su cubierta de Medicare, nombre del plan de la Parte D o número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cubierta de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su ADAP, para quienes cualifican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cubierta de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 833-696-2087 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obteniendo ayuda de MMM Elite

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos). (Para TTY solamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de cargos.

Lea la *Evidencia de Cubierta 2025* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2025. Para detalles, busque en la *Evidencia de Cubierta 2025* para MMM Elite. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmmpr.com. También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cubierta*.

Visite nuestra página Web (Internet)

También puede visitar nuestra página de Internet en www.mmmpr.com. Como recordatorio, nuestra página de Internet contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos)*.

Sección 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 Web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, cubierta y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar planes de salud en su área. Para ver la información sobre los planes, acceda a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y Usted 2025

Lea el folleto *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. El mismo cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla a través de la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.