



PO BOX 71114, SAN JUAN, PR 00936-8014

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

1-866-333-5469
TTY (audio impedidos)

Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
www.mmmpr.com

REPRESENTANTE DE VENTAS:

TELÉFONO: _____

CUBIERTA: _____

OPCIONES DE PLANES **2020**

MEDICARE ADVANTAGE



MMM Healthcare, LLC es un plan HMO con un contrato Medicare.
La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
Y0049_2020 1099 0004 2_M



**PARA EL 2020,
¡VENIMOS CON MUCHO MÁS!**



Te gustará saber todo lo que hemos preparado para ti. En este folleto te presentamos un resumen de tus beneficios, de manera que puedas comparar opciones e información importante sobre tus ventajas como afiliado de MMM. Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para más detalles sobre sus beneficios y criterios de elegibilidad refiérase a su Evidencia de Cubierta.

Llama al **Departamento de Servicios al Afiliado** si tienes cualquier pregunta acerca de tu plan o beneficios. Estamos a tu orden a través del 1-866-333-5470 (libre de cargo), o al 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

CONTENIDO

- 3** **GRANDES RAZONES PARA SER PARTE DE MMM**
- 5** **MMM TE OFRECE MÁS**
- 7** **EL TIPO DE CUBIERTA Y TUS PROVEEDORES**
- 10** **CONOCE DEFINICIONES COMUNES EN EL PLAN**
- 13** **TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS**
- 61** **TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM**
- 62** **BENEFICIOS MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL**
- 72** **PERÍODOS DE AFILIACIÓN**
- 75** **ENTENDIENDO EL PROGRAMA MEDICARE**
- 79** **OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB**

GRANDES RAZONES PARA SER PARTE DE MMM

Estás con el plan que lo inició todo.

MMM fue el primer plan Medicare Advantage establecido en Puerto Rico. A lo largo de este tiempo nos hemos dedicado a conocer a fondo las necesidades y expectativas de nuestra gente, para así poder ofrecer el cuidado de calidad que tu salud merece, como lo necesita y cuando lo necesita. Más de 240,000 afiliados te acompañan en esta ruta de bienestar y calidad de vida.

Con nuestros planes, procuramos ajustarnos a ti: tu condición de salud, tus metas y tu entorno. Tenemos la misión de ofrecerte amplias soluciones de cuidado, incluyendo a los profesionales que te atienden y el servicio que brindamos.



En el diseño de nuestras cubiertas, nos aseguramos de aplicar las herramientas que facilitan el acceso a un nivel superior de bienestar, más allá del cuidado de salud en sus aspectos clínicos. Aplicamos recursos innovadores para que tu experiencia con nosotros sea la mejor a nuestro alcance.

A lo largo de nuestra trayectoria, hemos recibido reconocimientos en diversas áreas de nuestras operaciones por parte de entidades privadas y gubernamentales. Esto nos conduce a metas aun más altas en el servicio que le brindamos cada día.

MMM TE OFR ECE MÁ S

Servicios y Programas Adicionales:

Entre la amplia variedad de iniciativas que desarrollamos para ti, se destacan:



Exclusivo lugar de reunión donde nuestros afiliados aprenden, se divierten y comparten en un ambiente cómodo y seguro.



Un piso de hospital con las ventajas que necesitan nuestros pacientes y sus acompañantes, desde el ingreso hasta el alta.



Clínicas de cuidado especializado, con un equipo profesional completo, para la atención de condiciones crónicas en un solo lugar.



El lugar donde acudir en caso de situaciones de salud repentinas que requieren cuidado inmediato, que no pongan tu vida en riesgo.



Una extensa red de proveedores:

Alrededor de 10,000 médicos primarios, especialistas, hospitales, farmacias, laboratorios, centros de radiología, suplidores de equipo médico duradero y otros, que constantemente se ponen al día en los criterios de calidad de las agencias reguladoras, de manera que todos juntos podamos ofrecerte la atención que tu salud requiere.

EL TIPO DE CUBIERTA Y TUS PROVEEDORES

Conoce el tipo de tu cubierta. Esto se indica con iniciales al lado del nombre de tu cubierta:

HMO: **Health Maintenance Organization** **(Organización para el Mantenimiento de la Salud)**

En un plan HMO, recibirás cuidado de servicio a través de doctores, hospitales y otros proveedores de salud contratados por el plan. Para mantener una coordinación de tu cuidado, será necesaria la selección de un médico primario (PCP). Por lo general, en los planes tipo HMO es necesario un referido de tu médico primario (PCP) para recibir servicios de otros proveedores de la red. Sin embargo, algunos de nuestros planes HMO no requieren referidos. Podrás recurrir a un proveedor fuera de la red siempre y cuando sea un caso de emergencia, una necesidad de atención urgente, servicio de diálisis renal, mientras estás fuera del área de servicio del plan, o cuando proveedores de la red no están disponibles.

HMO-POS:

Point of Service Option (Opción Punto de Servicio)

Al igual que en un HMO, en este plan deberás seleccionar un médico primario (PCP) para la coordinación de tus servicios dentro de la red de proveedores contratada por el plan. Los planes con Opción Punto de Servicio (POS) te permiten acceso fuera de la red en Estados Unidos y sus territorios por un costo compartido (copagos o coaseguros) mayor. Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de hasta \$5,000 para servicios fuera de la red.

Para más detalles sobre los servicios que están cubiertos fuera de la red, puedes hacer referencia a tu Evidencia de Cubierta.

PPO:

Preferred Provider Organization **(Organización de Proveedores Preferidos)**

En un plan PPO, tendrás acceso a servicios dentro y fuera de la red de proveedores contratados en Estados Unidos y sus territorios. Pagarás menos si usas los servicios de proveedores dentro de la red. A diferencia de los planes HMO, no es necesaria la selección de un médico primario (PCP), lo que se conoce como un plan de libre selección.

HMO-SNP:**Special Needs Plan (Plan de Necesidades Especiales)**

Los planes SNP de Medicare son exclusivos para personas con características o condiciones específicas. Los beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos son pensados y diseñados para satisfacer mejor las necesidades específicas de los grupos a los que atienden. Al igual que en un HMO, en este plan deberás seleccionar un médico primario (PCP) para la coordinación de tus servicios dentro de la red de proveedores contratada por el plan.

MMM ofrece dos tipos de planes de necesidades especiales:

- **Condiciones Crónicas** (Chronic Special Needs (C-SNP)) - para personas que tienen condiciones crónicas específicas. Las condiciones crónicas establecidas en nuestro plan son: diabetes, fallo cardíaco crónico y condiciones cardiovasculares.
- **Elegibilidad Dual** (Dual Special Needs (D-SNP)) - nuestro plan tiene un contrato con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para ofrecer un plan de Elegibilidad Dual, también conocido como el Programa Medicare Platino. Son para personas elegibles a ambos: Medicare y Medicaid.

Para más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red y/o la red de proveedores, puedes llamar a Servicios al Afiliado de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. al:

1-866-333-5470 (libre de cargo) / **1-866-333-5469** (TTY)

O puedes visitar nuestra página web: www.mmmpr.com

CONOCE **DEFINICIONES** COMUNES EN EL PLAN

**CHEQUEO MÉDICO ANUAL**

(Evaluación Anual de Salud, también conocida como AHA, por sus siglas en inglés). Es un chequeo médico completo que debe realizarse una vez al año.

**COASEGURO**

El coaseguro es la porción del costo que pagarás por servicios médicos o medicamentos recetados (por ejemplo, 20%).

**COPAGO**

Un copago es una cantidad fija en dólares que pagarás como tu parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado (por ejemplo, \$2 por visitas a Especialistas).

**COSTO MÁXIMO DE SU BOLSILLO**

Es la cantidad máxima de lo que pagará en el año en copagos, coaseguros y deducibles por servicios médicos. Cuando alcances esta cantidad, el plan pagará los costos adicionales de servicios médicos cubiertos adicionales. Este tope no incluye tus costos por medicamentos recetados.

DEDUCIBLE

La cantidad previa que pagas por tus servicios de cuidado de salud o medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos. Nuestras cubiertas no requieren de un pago por deducible.

FARMACIA DE LA RED

Es una farmacia donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados, porque tiene contrato con nuestro plan.

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS (FORMULARIO O "LISTA DE MEDICAMENTOS")

Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos, siguiendo las guías clínicas establecidas para tener alternativas de terapia para cada necesidad médica. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

PREAUTORIZACIÓN

Un proceso simple que se debe completar antes de adquirir ciertos servicios o medicamentos, en el cual el plan aprueba por adelantado dichos servicios o medicamentos de manera que estén cubiertos antes de utilizarlos.

PROVEEDOR EN LA RED

Un médico, hospital, facilidad u otro proveedor que participa en la red de proveedores contratados del plan.

PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Un médico, hospital, facilidad u otro proveedor que no participa en la red de proveedores del plan. Bajo ciertas cubiertas, podrás visitar proveedores fuera de la red de nuestro plan; aunque es posible que tengas que pagar coaseguros más altos.

RED PREFERIDA

Se refiere a los médicos, hospitales, organizaciones médicas y otros proveedores de servicios de salud que cumplen con ciertos requisitos y credenciales, los cuales tienen como resultado la eficiencia de los servicios que te rinden. Al utilizar los servicios de proveedores y hospitales bajo esta red, representa que tu coaseguro o copago podría ser menor al de la red general.

TABLA COMPARATIVA DE CUBIERTAS

RESUMEN DE BENEFICIOS

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una “Evidencia de Cubierta”.
- El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.

¿QUÉ MÁS DEBES SABER?

Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual actual “Medicare y Usted”. Puedes verlo en Internet en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



- Esta información está disponible en otros formatos como Braille, letra agrandada y cintas de audio.
- ¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargo) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de cargos.
- O, puedes visitar nuestra página de Internet en www.mmmpr.com.

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

Generalmente, debes utilizar una farmacia de nuestra red para recibir tus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Planes pueden ofrecer beneficios suplementarios en adición a los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Puedes ver nuestro formulario de medicamentos recetados y directorio de proveedores y farmacias en nuestra página de Internet (www.mmmpr.com), o si deseas una copia

impresa, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a:

- MMM Único (HMO-POS),
 - MMM Elite (HMO-POS),
 - MMM Extra (HMO-POS),
 - MMM Supremo (HMO-SNP) o
 - PMC Max (HMO-POS),
- debes tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Para ser elegible a MMM Supremo (HMO-SNP) debes padecer de Diabetes Mellitus, Fallo Cardíaco Crónico y/o Desórdenes Cardiovasculares.



Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un 1 pueden requerir preautorización. Servicios con un 2 tienen un beneficio de servicio fuera de la Red: 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$5,000. Requiere preautorización.



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA
	<input type="checkbox"/> MMM ÚNICO (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> MMM ELITE (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> MMM EXTRA (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> PMC MAX (HMO-POS)
Prima mensual del plan	\$15	\$0	\$0	\$0
Reducción a la prima de la Parte B	No aplica	No aplica	\$50 mensual	No aplica
Deducible <small>Estos planes no tienen deducible.</small>	No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) <small>Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red y fuera de la red.</small>	\$3,250	\$3,250	\$3,250	\$3,250

PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
Cuidado Hospitalario ^{1,2} Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de estadía hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> Red Preferida: No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA Red General: \$75 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Red Preferida: No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA Red General: \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Red Preferida: \$25 de copago \$0 de copago en UNIDAD DORADA Red General: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Red Preferida: \$25 de copago \$0 de copago en UNIDAD DORADA Red General: \$50 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital ^{1,2}	\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago
Visitas a la oficina del médico ² <ul style="list-style-type: none"> Primario Especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> No paga nada Red Preferida: No paga nada Red General: \$8 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No paga nada Red Preferida: No paga nada Red General: \$8 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No paga nada Red Preferida: \$5 de copago Red General: \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No paga nada Red Preferida: \$1 de copago Red General: \$5 de copago
Cuidado preventivo ^{1,2} Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Si es admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado hospitalario" de este folleto para otros costos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago
<p>Cuidado Necesario de Urgencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
<p>Servicios diagnósticos/ Laboratorios/ Radiología^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10-\$20 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$30-\$40 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$15-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>Servicios de audición^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición cubiertos por Medicare • Aparato auditivo suplementario • Examen rutinario • Servicios de evaluación para ajuste de aparato auditivo suplementario <p>Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$500 cada tres años para comprar aparatos auditivos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,250 cada tres años para comprar aparatos auditivos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • No paga nada • No paga nada • \$5 de copago <p>Hasta \$200 cada tres años para comprar aparatos auditivos para ambos oídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$1,000 cada tres años para comprar aparatos auditivos para ambos oídos.</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>Servicios dentales¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos² • Poste y reconstrucción de muñon y/o corona individual¹ • Prostodoncia¹ <p>*50% de coaseguro aplica fuera de la red. Requiere preautorización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 20% del costo - Hasta 2 al año • 25% del costo <p>Hasta \$2,000 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 25% del costo - Hasta 2 al año • 25% del costo <p>Hasta \$2,000 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • No cubierto • 33% del costo <p>Hasta \$500 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto • 33% del costo <p>Hasta \$1,500 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible.</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA ■ PMC MAX (HMO-POS)
<p>Servicios de visión^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo • Examen visual de rutina • Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios <p>La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. Un examen rutinario de visión suplementario por año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$400 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$850 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$200 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$350 anuales de beneficio suplementario para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>Cuidado de Salud Mental^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario • Visita de terapia grupal ambulatoria • Visita de terapia individual ambulatoria <p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida. Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$8 de copago • \$8 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$5 de copago • \$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$5 de copago • \$5 de copago
<p>Cuidado Diestro de Enfermería^{1,2} (SNF por sus siglas en inglés)</p> <p>Hasta 100 días en un SNF.</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA
	<input type="checkbox"/> MMM ÚNICO (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> MMM ELITE (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> MMM EXTRA (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> PMC MAX (HMO-POS)
Terapia física ^{1,2}	• \$4 de copago	• \$4 de copago	• \$4 de copago	• \$4 de copago
Ambulancia ^{1,2} Autorización requerida, excepto para emergencias.	No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada
Transportación Suplementaria ¹	No paga nada Hasta 20 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de la salud.	No paga nada Hasta 18 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de la salud.	No cubierto	No paga nada Hasta 16 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de la salud.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2} • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B	• 5% del costo • 0%-10% del costo	• No paga nada • 0%-10% del costo	• 20% del costo • 0%-20% del costo	• No paga nada • 0%-10% del costo
Centros de cirugía ambulatoria ^{1,2}	No paga nada	No paga nada	No paga nada	No paga nada

PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA	ESTA ES SU CUBIERTA
	<input type="checkbox"/> MMM ÚNICO (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> MMM ELITE (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> MMM EXTRA (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> PMC MAX (HMO-POS)
Cuidado del pie (servicios de podiatría) ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de podiatría cubierto por Medicare • Servicio suplementario de podiatría <p>Estos planes cubren hasta una visita rutinaria para servicios de podiatría suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago
Equipo Médico Duradero/ Suplidos Médicos ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.) • Suplidos Médicos • Suplidos para diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 5%-20% del costo • 10% del costo • 10% del costo • No paga nada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0%-10% del costo • No paga nada • No paga nada • No paga nada

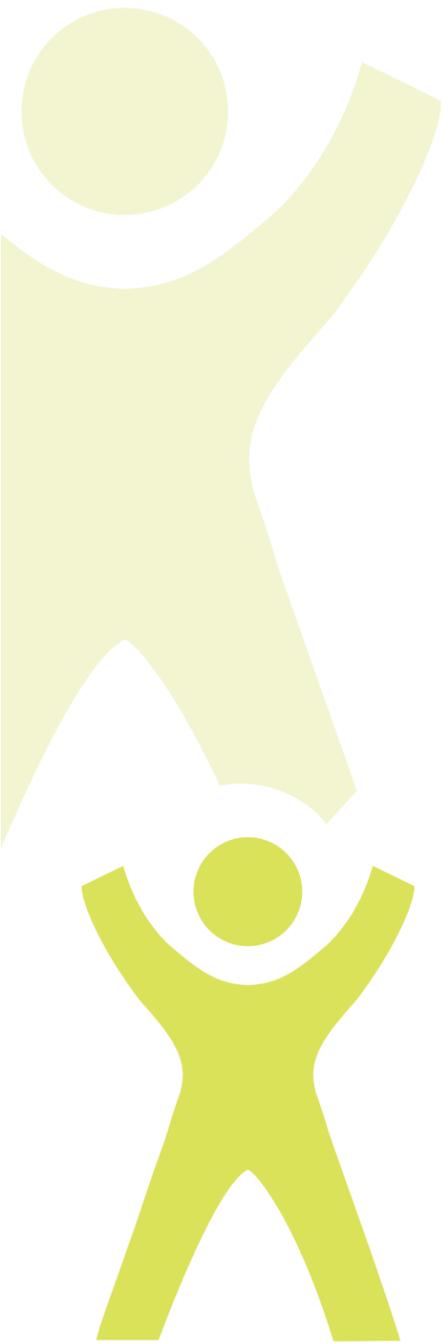




PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC MAX (HMO-POS)
<p>Programas de Bienestar²</p> <p>Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. • Línea directa de enfermería (24/7) • Materiales escritos de educación en salud • Adiestramiento nutricional y beneficios 	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>	<p>No paga nada</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC MAX (HMO-POS)
<p>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Si su plan cubre OTC, refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a tu puerta o en nuestra página web. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$50 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$50 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>	<p>No cubierto</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$110 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>Cuidado Quiropráctico^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare • Servicios quiroprácticos suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$7 de copago • \$7 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para hasta ocho visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago • \$5 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para hasta ocho visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • \$10 de copago <p>Hasta \$1,000 anuales para hasta ocho visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago • No cubierto
<p>Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a especialistas (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, entre otros.) 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en VITA CARE 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en VITA CARE 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en VITA CARE 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en VITA CARE



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA PMC MAX (HMO-POS)
<p>Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Salud Mental • Servicios de Otros Profesionales de la Salud • Telehealth: Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, psiquiatra, entre otros. <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE.</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>



PRIMA Y BENEFICIOS	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM ÚNICO (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM ELITE (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM EXTRA (HMO-POS)	ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC MAX (HMO-POS)
<p>Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas</p> <p>Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes Mellitus 2. Insuficiencia Cardíaca Crónica 3. Desórdenes Cardiovasculares 4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés) <p>Por favor contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>	<p>• \$0 de copago en VITA CARE</p>

MMM ÚNICO - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y ordenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,020)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos De Marca No Preferida	\$10 de copago	\$20 de copago
	Medicamentos de Especialidad	25% del costo	No disponible
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,350)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,350)	5% del costo o \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$8 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta tres pastillas al mes.

MMM ELITE - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y ordenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,020)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos De Marca No Preferida	\$12 de copago	\$24 de copago
	Medicamentos de Especialidad	25% del costo	No disponible
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,350)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,350)	5% del costo o \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$8 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta cuatro pastillas al mes.

MMM EXTRA - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y ordenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,020)	Genérico Preferido	\$2 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$5 de copago	\$10 de copago
	Marca Preferida	\$30 de copago	\$60 de copago
	Medicamentos De Marca No Preferida	\$50 de copago	\$100 de copago
	Medicamentos de Especialidad	25% del costo	No disponible
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,350)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$2 de copago	\$4 de copago
	Genérico	\$5 de copago	\$10 de copago
	Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,350)	5% del costo o \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

PMC MAX - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y ordenes por correo (90-días)
Deducible		\$0 de copago	
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,020)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos De Marca No Preferida	\$12 de copago	\$24 de copago
	Medicamentos de Especialidad	25% del costo	No disponible
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,350)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.		
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,350)	5% del costo o \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet. *Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil: \$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$8 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta cuatro pastillas al mes.

PLAN HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
Prima mensual del plan	\$0
Deducible Este plan no tiene deducible.	No paga nada
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red.	\$3,250
Cuidado Hospitalario¹ Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Red Preferida: \$25 de copago \$0 de copago en UNIDAD DORADA • Red General: \$75 de copago
Servicios ambulatorios en el hospital¹	\$25 de copago

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
Visitas a la oficina del médico <ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Red Preferida: \$3 de copago • Red General: \$7 de copago
Cuidado preventivo¹ Estará cubierto, cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.	No paga nada
Cuidado de emergencia Si usted es admitido al hospital el mismo día por la misma condición, usted no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos.	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • Cubierta mundial: \$100 de copago

PLAN HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
Cuidado necesario de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$100 de copago
Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20-\$25 de copago • 0%-20% del costo • No paga nada • No paga nada
Servicios de audición¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición cubiertos por Medicare • Aparato auditivo suplementario • Examen rutinario • Servicios de evaluación para ajuste de aparato auditivo suplementario <p>Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$300 cada tres años para comprar aparatos auditivos para ambos oídos.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
Servicios dentales¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos • Servicios restaurativos • Prostodoncia 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 25% del costo • 25% del costo <p>Hasta \$1,500 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible.</p>
Servicios de visión¹ <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo • Examen visual de rutina • Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios <p>Un examen rutinario de visión suplementario por año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$400 por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p>

PLAN HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Cuidado de salud mental¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario • Visita de terapia grupal ambulatoria • Visita de terapia individual ambulatoria <p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida. Hasta 90 días por cuidado hospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago • \$7 de copago • \$7 de copago
<p>Cuidado diestro de enfermería (SNF por sus siglas en inglés)¹</p> <p>Hasta 100 días en un SNF.</p>	<p>No paga nada</p>
<p>Terapia física¹</p>	<p>\$4 de copago</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Ambulancia¹</p> <p>Autorización requerida, excepto para emergencias.</p>	<p>No paga nada</p>
<p>Transportación suplementaria¹</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta 16 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de salud.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% del costo • 0%-20% del costo
<p>Centros de cirugía ambulatoria¹</p>	<p>No paga nada</p>

PLAN HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Cuidado del pie (servicios de podiatría)¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de podiatría cubierto por Medicare • Servicio suplementario de podiatría 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta seis visitas rutinarias para servicios de podiatría suplementarios al año.</p>
<p>Equipo médico duradero/ Suplidos médicos¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) • Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.) • Suplidos médicos • Suplidos para diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 5% del costo • 5% del costo • No paga nada

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Programas de bienestar</p> <p>Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. • Línea directa de enfermería (24/7) • Materiales escritos de educación en salud • Adiestramiento nutricional y beneficios 	<p>No paga nada</p>

PLAN HMO-SNP

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para más detalles refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestra página web. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.</p>	<p>No paga nada</p> <p>Hasta \$80 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p>
<p>Cuidado quiropráctico¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare • Servicios quiroprácticos suplementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$7 de copago • \$7 de copago <p>Hasta \$750 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> ESTA ES SU CUBIERTA MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Ayuda con ciertas condiciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a especialistas (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, entre otros.) • Servicios de Salud Mental • Servicios de Otros Profesionales de la Salud • Telehealth: Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, psiquiatra, entre otros. 	<p>\$0 de copago en servicios recibidos en VITA CARE</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS	<div style="background-color: #FFD700; padding: 2px;">ESTA ES SU CUBIERTA</div> MMM SUPREMO (HMO-SNP)
<p>Ayuda con ciertas condiciones crónicas Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes Mellitus 2. Insuficiencia Cardíaca Crónica 3. Desórdenes Cardiovasculares 4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés) <p>Por favor contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.</p>	<p>\$0 de copago en servicios recibidos en VITA CARE</p>

MMM SUPREMO - MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y ordenes por correo (90-días)
Deducible	\$0 de copago		
Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,020)	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
	Marca Preferida	\$8 de copago	\$16 de copago
	Medicamentos De Marca No Preferida	\$25 de copago	\$50 de copago
	Medicamentos de Especialidad	25% del costo	No disponible
Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,350)	El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM le ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genéricos preferidos y genéricos estarán cubiertos.		
	Genérico Preferido	\$0 de copago	\$0 de copago
	Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago
Para los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.			
Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,350)	5% del costo o \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.		

El costo compartido puede cambiar cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de beneficios de farmacia y las etapas del beneficio, por favor llámenos o refiérase a la Evidencia de Cubierta en internet.

TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

- Genéricos preferidos
- Genéricos
- Marca preferida
- Marca no preferida
- Medicamentos de Especialidad



La información sobre estos niveles y otros detalles de cubierta, se explican en el Formulario de Medicamentos para el 2020. En el formulario puedes ver la lista completa de medicamentos cubiertos en un formato determinado: los medicamentos de marca se escriben con todas las letras mayúsculas, mientras que los medicamentos genéricos se presentan en letra itálica.

Beneficios	MMM Único (HMO-POS)	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
Genérico Preferido	\$0	\$0	\$2	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$0	\$5	\$0	\$0
Marca Preferida	\$8	\$8	\$30	\$8	\$8
Marca No Preferida	\$10	\$12	\$50	\$12	\$25
Medicamentos de Especialidad	25%	25%	25%	25%	25%
Medicamentos Disfunción Erectil	3 pastillas al mes	4 pastillas al mes	No Cubierto	4 pastillas al mes	No Cubierto

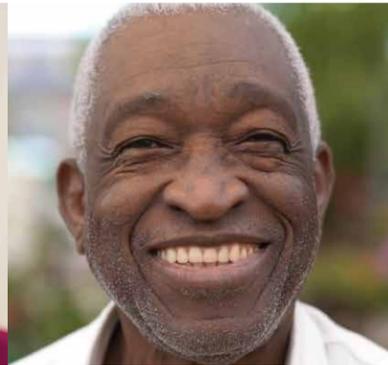
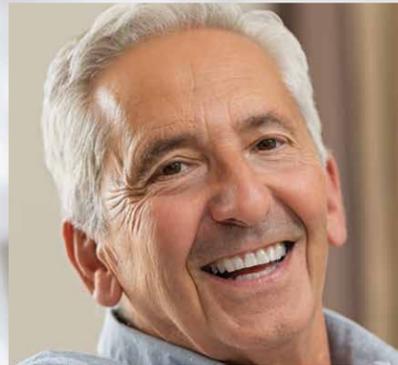


BENEFICIOS

MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL



¡SONRÍE MÁS QUE NUNCA!



Nuestros servicios de salud dental son ahora más completos y convenientes, sea que tengas todos tus dientes naturales, dentaduras postizas completas o parciales. Porque una boca sana es punto de partida para muchos otros aspectos de tu bienestar general.

En trabajos de restauración y prostodoncia en el 2020 te ofrecemos ciertas cubiertas con:

- Coronas en porcelana, un material que asemeja la apariencia natural de los dientes.
- Dentadura completa o parcial en base de resina o;
- Dentadura parcial en base flexible.

Beneficio Anual	MMM Único (HMO-POS)	MMM Elite (HMO-SNP)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
Prostodoncia Removible	\$2,000	\$2,000	\$500	\$1,500	\$1,500

Reglas de autorización pueden aplicar.

PARA UNA MEJOR VISIÓN



Todas estas cubiertas de MMM incluyen el beneficio de cuidado de la visión. Por exámenes de rutina y por exámenes de diagnóstico, **NO PAGAS NADA**, además:

Puedes escoger entre una gran variedad de servicios:

- Libre selección de monturas
- Lentes regulares, bifocales, trifocales o de transición
- Tratamientos anti-reflectivos y/o anti-rayazos
- Reparación de espejuelos

También puedes escoger ir a una óptica de nuestra amplia red, para aprovechar tu beneficio:

Beneficio	MMM Único (HMO-POS)	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
Espejuelos y/o lentes de contacto	\$400 anuales	\$850 anuales	\$200 anuales	\$350 anuales	\$400 anuales

Reglas de autorización pueden aplicar.



Este programa te facilita recibir comidas en la comodidad de tu hogar, nutritivas y saludables con el sabor criollo. Estas comidas son preparadas por CrioLite, una empresa netamente puertorriqueña dedicada a la confección de comidas sanas y sabrosas.

SERVICIO DE COMIDAS LUEGO DEL ALTA HOSPITALARIA QUE APLICA A NUESTRAS CUBIERTAS:

- **MMM Único (HMO-POS):**
Hasta (2) comidas nutritivas por día, por (5) días. Hasta (2) veces al año. Máximo de (20) comidas por año.
- **PMC Max (HMO-POS):**
Hasta (2) comidas nutritivas por día, por (5) días. Hasta (1) vez al año. Máximo de (10) comidas por año.

Reglas de autorización aplican.



OTC A TU PUERTA

Tu cubierta con MMM te da acceso a artículos OTC según se describe aquí:

Beneficio	MMM Unico (HMO-POS)	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
OTC	\$50 cada 3 meses	\$50 cada 3 meses	No Cubierto	\$110 cada mes	\$80 cada 3 meses

NOTA: Lo que pagues por tus medicamentos OTC no contará para el total de tus costos de medicamentos de la Parte D (para efectos de la brecha de cubierta). Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.

¡ENTREGAMOS!

Con el Programa OTC a tu Puerta tienes un extenso catálogo con una gran cantidad de artículos. Simplemente seleccionas los artículos que deseas y ordenas:

POR TELÉFONO: 1-866-333-5470 (libre de cargo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

POR INTERNET: www.mmmpr.com
La orden se entrega sin costo adicional, en aproximadamente 5 días.

APLICACIÓN MÓVIL MMM: 



¡NUEVO EN EL 2020!

AHORA EN TU FARMACIA

OTC SIN RECETA

Para tu conveniencia, ampliamos las opciones para que recibas los artículos OTC que selecciones de tu catálogo. Podrás buscar tus artículos OTC en tu farmacia de preferencia dentro de la red.

En el 2020, más comodidad, más para escoger.

Catálogo renovado con más artículos, como:

- Pastillas para la tos
- Jarabe para catarro y alergias
- Gotas para los ojos
- Humectante vaginal
- Crema contra el picor
- Agua Maravilla
- Guantes desechables
- Calamina
- Medias de compresión
- Protectores para controlar la pérdida de orina
- Hilo dental encerado
- Toallitas húmedas sin olor
- Bloqueador solar SPF 50
- Repelente de mosquitos sin DEET
- Crema de terapia contra eczema
- Vasoflex (Vitamina C)
- Cortador de tabletas
- Pastillero de 7 días
- Termómetro digital



AYUDA EN EL HOGAR

UNA AYUDA SIEMPRE VIENE BIEN

MMM añade a sus cubiertas los **servicios de cuidado y apoyo personal** para ayudar a realizar sus actividades del diario, como:

- aseo personal
- lavado de ropa
- limpieza ligera
- organización en el hogar
- otras tareas básicas

Este beneficio es para afiliados con ciertas condiciones médicas de nuestras cubiertas MMM Único y PMC Max. Referido y/o reglas de autorización pueden aplicar.

¡NUEVO!




A TU CITA

Si no tienes quién te lleve a tu cita médica, si no puedes costear un taxi o si te es difícil caminar a una estación de transportación pública, puedes sentirte tranquilo porque hemos considerado el beneficio de transportación suplementaria en la mayoría de nuestras cubiertas, para ayudarte a llegar a citas médicas y servicios de diálisis a lugares aprobados por el plan.

Para coordinar el servicio, el número telefónico es 1-866-333-5470 (libre de cargo) de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Beneficio Anual	MMM Único (HMO-POS)	MMM Elite (HMO-POS)	MMM Extra (HMO-POS)	PMC Max (HMO-POS)	MMM Supremo (HMO-SNP)
Transportación	20 viajes	18 viajes	No Cubierto	16 viajes	16 viajes

Reglas de autorización pueden aplicar.

¡NUEVO!



ALERTA

Nuestro compromiso contigo abarca brindarte las herramientas para que disfrutes tu bienestar en todo momento. Por eso te presentamos el sistema **MMM Alerta**, una nueva función dentro de la Aplicación Móvil MMM, que te permite la conexión con expertos en seguridad para responderte de inmediato en caso de emergencia.



Solo con el toque de un botón, puedes tener:

-  Acceso a un centro especializado de llamadas, desde donde estés.
-  A cualquier día, a cualquier hora.
-  Incluso si no puedes hablar en el momento.
-  Personal altamente adiestrado activa los recursos necesarios para que lleguen a resolverte cuanto antes.
-  El sistema permite que te localicen para brindarte los servicios que necesitas.

Para más información sobre esta funcionalidad, busca en nuestra página de Internet, www.mmmpr.com.



Todo es más fácil
con tu información
a la mano



APLICACIÓN
MÓVIL MMM

Una aplicación segura, gratuita y fácil de usar para el afiliado y su cuidador autorizado. En ella puedes manejar toda tu información médica de una forma conveniente.

CON SOLO TOCAR LA PANTALLA, PUEDES:

- Tener acceso a tu tarjeta, 24/7
- Guardar lista de medicamentos
- Ordenar tus artículos fuera del recetario
- Ver historial de órdenes
- Recibir recordatorios de pruebas pendientes

¡DESCÁRGALA YA!



PERÍODOS DE AFILIACIÓN

A lo largo del año, hay ciertos tiempos en los que te puedes afiliar a una cubierta Medicare Advantage o hacer un cambio en la misma según establece Medicare. A continuación, le resumimos las fechas importantes y el tipo de acciones que se pueden tomar en las mismas.



PERÍODO DE AFILIACIÓN ANUAL

- 15 de octubre al 7 de diciembre

Te puedes afiliar o desafiliar de un plan Medicare Advantage o de un plan de medicamentos de la Parte D. La cubierta que escojas será efectiva el 1 de enero siguiente.



PERÍODO DE AFILIACIÓN ABIERTA MEDICARE ADVANTAGE

- 1 de enero al 31 de marzo

Si estás afiliado a un Plan Medicare Advantage, tendrás una oportunidad única para:

- Cambiarte a un plan diferente de Medicare Advantage
- Desafiliarte de su plan Medicare Advantage y regresar a Medicare Original, Parte A y Parte B
- Afiliarte a un plan independiente de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare



PERÍODO CERRADO - 1 de abril al 14 de octubre

Te mantienes en el plan Medicare Advantage que seleccionaste hasta el próximo Período de Afiliación Anual en octubre, a menos que seas elegible para un Período de Afiliación Especial.



PERÍODO DE AFILIACIÓN INICIAL

Al cumplir los 65, eres elegible para las Partes A y B de Medicare, con lo que también llega tu oportunidad para afiliarte a un plan Medicare Advantage.

Este período dura siete meses:

- tres meses antes de tu cumpleaños
- el mes de tu cumpleaños 65
- tres meses después de tu cumpleaños



PERÍODO DE AFILIACIÓN ESPECIAL

A veces, ocurren eventos en tu vida que te permiten hacer cambios en tu cubierta Medicare Advantage, en fechas que caen fuera del Período de Afiliación Anual. Por ejemplo, si vivías fuera de la Isla y regresas a residir en el área de servicio del plan, eres elegible a un Período Especial de Afiliación.



PERÍODO DE AFILIACIÓN ESPECIAL PARA INDIVIDUOS DUALES

Para beneficiarios de Medicare y Medicaid, cuya atención de salud cae bajo lo que se conoce como una cubierta Medicare Platino, se conceden tres períodos especiales en el año para desafiliarse de su plan Medicare Advantage o cambiar a un plan diferente. Estos períodos son:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Los beneficiarios del Programa Medicare Platino podrán afiliarse o desafiliarse una vez en cada trimestre según descrito arriba. Ya que el Período de Afiliación Anual está en vigor de octubre a diciembre, cuando todos los afiliados de Medicare Advantage pueden realizar cambios, este Período Especial no se aplica de octubre a diciembre.

ENTENDIENDO EL PROGRAMA MEDICARE

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más
- Ciertas personas menores de 65 años con discapacidades
- Individuos con Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Medicare tiene cuatro partes: A, B, C y D.

PARTE A:

Cubierta de hospital; le cubre:

- Cuidado como paciente hospitalizado
- Cuidado en facilidades de enfermería diestra
- Cuidado de salud en el hogar
- Cuidado de hospicio



En Puerto Rico, cuando eres elegible a la Parte A de Medicare, debes solicitar la inscripción a la Parte B de Medicare en la oficina de Seguro Social, ya que la inscripción no es automática. El tiempo es clave, porque si no realizas la gestión de inscripción a tiempo, puede implicar penalidades económicas que impone Medicare en su prima de la Parte B.

PARTE B:

Cubierta Médica. Ayuda a cubrir:

- Servicios médicos y de otros profesionales de la salud
- Cirugía ambulatoria
- Laboratorios y rayos X, servicios de ambulancia, servicios preventivos, equipo médico duradero, como: prótesis, sillas de ruedas, y camas de hospital, entre otros.

PARTE C:

Planes Medicare Advantage

Son planes privados con contrato y aprobados por Medicare. Cubren todos los beneficios que cubren las Partes A, B y en ocasiones, la D, de Medicare. Además, pueden ofrecer beneficios adicionales que no están incluidos en Medicare Original.

Para poder afiliarte a un plan Medicare Advantage, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos de América o tener presencia legal en los EE. UU.
- Tener las Partes A y B de Medicare.
- Residir permanentemente en el área de servicio del plan.
- No tener fallo renal en etapa terminal (algunas excepciones podrían aplicar).

Los planes Medicare Advantage pueden ayudar a cubrir:

Todos los servicios que cubren las Partes A y B, excepto el cuidado de hospicio (cubierto por Medicare). Beneficios adicionales y servicios que Medicare Original no cubre, como:

- Exámenes rutinarios de salud dental, visual y auditiva.
- Audífonos o espejuelos.
- Atención de emergencia cuando está viajando fuera de Puerto Rico o Estados Unidos.
- Medicamentos recetados.
- Entre otras ventajas adicionales.

PARTE D:

Cubierta de medicamentos recetados

Aseguradoras privadas, aprobadas por Medicare, pueden ofrecer cubierta de la Parte D, que ayuda a cubrir medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Las cubiertas de medicamentos varían de un plan a otro; cada plan tiene un formulario que detalla los medicamentos que están cubiertos en el plan.

Cuando te afilias a un plan de la Parte D, pagas:

- Tu prima mensual de la Parte D, si se aplica.
- Cualquier pago de su bolsillo, como copagos, deducibles y coaseguros, dependiendo del plan que escojas.
- Una penalidad por afiliación tardía si has estado 63 días consecutivos o más sin cubierta de la Parte D desde el momento en que te hiciste elegible.

Con MMM puedes obtener la Parte D junto a tus cubiertas de servicios médicos y más, sin pagar una prima mensual adicional para medicamentos recetados.

OFICINAS REGIONALES Y MEMBERS CLUB

Recuerda que puedes visitarnos en cualquiera de nuestras oficinas regionales ubicadas en:

Área Metro

Carolina

Paseo del Prado Shopping Center
Carr. 3, km 8.4
Barrio Martín González
Carolina, PR 00985
787-622-3000 ext. 1950
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Bayamón

Plaza Tropical Shopping Center
Carr. 167, km 22.2
Bayamón, PR 00959
787-622-3000 ext. 1974
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

San Juan

Bechara Industrial Park
Marginal Avenida Kennedy,
Calle Segarra Edif. #411
San Juan, PR 00936
787-622-3000 ext. 8100
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Oeste / Noreste

Aguadilla

Borinquen Town Plaza
Carr 107 km 3.0
(Ave. Pedro Albizu Campos)
Aguadilla, PR 006055
787-622-3000 ext. 1922
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Hatillo

Edif. Galería del Norte II,
Suite 201
Carr. 2 km 81.6
Hatillo, PR 00659
787-622-3000 ext. 8051
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Manatí

El Trigal Plaza
Carr. 2 km 4.8
(Esquina) Rd. 149
Bo. Cotto Norte
Manatí, PR 00674
787-622-3000 ext. 1900
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Mayagüez

Complejo Office Park III
Carr #2 km 157.0 Int
Mayagüez, PR
00682-24522
787-622-3000 ext. 1400
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



LEYENDA:

★ Oficina Regional

MC Oficina Regional y Members Club

Área Central

Caguas

Edif. Gatsby Plaza, Piso 3
Avenida José Mercado
Esq. Ruiz Belvis
Caguas, PR 00725
787-622-3000 ext. 1850
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Este

Fajardo

Oficina # 4, Ave. Conquistador
El Conquistador Plaza, Fajardo,
PR 00738
787-622-3000 ext. 1890
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Área Sur / Sureste

Guayama

Edificio FISA II,
Paseo del Pueblo
Carr. 54 km 2.3 Interior
Guayama, PR 00784
787-622-3000 ext. 1860
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Humacao

Carr. 3, km 83.3
Calle Marginal, Urb.
Buzo, Local 1
Humacao, PR 00791
787-622-3000 ext. 1960
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Ponce

San Jorge Mall
Carr. #2 Ponce
By-Pass
Ponce, PR 00716
787-622-3000 ext. 1980
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Aviso sobre no discriminación

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

MMM Healthcare, LLC:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente.

Si considera que MMM Healthcare, LLC no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad



o sexo, puede presentar un reclamo al Departamento de Apelaciones y Querellas. Puede presentar el reclamo en persona, por teléfono, o por correo postal, fax o correo electrónico:

1-866-333-5470 (libre de cargos), 1-866-333-5469 TTY
(audio impedidos)

MMM Healthcare, LLC

Apelaciones y Querellas

PO BOX 71114 San Juan, PR 00936-8014

Fax: 787-622-0485

mmm@mmmhc.com

Si necesita ayuda para hacerlo la Unidad de Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

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



Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Chinese (繁體中文): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469)。

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog – Filipino (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-333-5470 (телетайп: 1-866-333-5469).

Arabic (عربي): مساعدة م الة غوي ل ال ر ت و اف ت ك ل مجان ال ب. صل ات ب ا ي عرب): ل حوطة م: إذا ن ت ك ت حدث ت ر اذك غة، ل ال إن ف خدمات



(م ر ق ف هلت صم ال كم ب وال: 1-866-333-5469 -866-333- م ر ق 5470).

French Creole (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou langki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

French (Français): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-333-5470 (ATS: 1-866-333-5469).

Polish (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Portuguese (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Italian (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

Japanese (日本語): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469) まで、お電話にてご連絡ください。

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदद आप ह हहदी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469) पर कॉल करें।



Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-333-5470 (телетайп: 1-866-333-5469).

Catalan (Català): ATENCIÓ: Si parleu Català, teniu disponible un servei d'ajuda lingüística sense cap càrrec. Truqueu al 1-866-333-5470 (TTY o teletip: 1-866-333-5469).



Lista de Cotejo Pre Afiliación

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que usted entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si usted tiene alguna pregunta, puede llamarnos y hablar con un representante de servicios al 1-866-333-5470 (libre de costo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedido).

Entendiendo los beneficios

- Revise la lista completa de los beneficios encontrados en la Evidencia de Cubierta (EOC), especialmente aquellos servicios por los que usted ve al médico rutinariamente. Visite www.mmmpr.com o llame al 1-866-333-5470 (libre de costo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedido) para obtener una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para estar seguro que los médicos que usted visita ahora se encuentran en la red. Si no aparece, eso significa que usted tuviera que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para estar seguro que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece, usted tendría que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Entendiendo Reglas Importantes

- Además del pago mensual de la prima de su plan médico, usted tendrá que continuar pagando su prima de la Parte B



de Medicare. Esta prima normalmente se la descuentan de su cheque de Seguro Social cada mes.

- Beneficios, primas y/o copagos/coaseguro puede cambiar el 1 de enero de 2021.
- Excepto en emergencias o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios fuera de la red de proveedores (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).

Para planes PPO

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

Para planes HMO-POS

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



Para planes C-SNP

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

Para planes D-SNP

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

