



**Resumen de  
Beneficios**

**2023**

**MMM  
Único**  
(HMO POS)

## **Resumen de Beneficios 2023**

**La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM Único (HMO POS) cubre y lo que pagarás.**

**Para una lista completa de los servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita tu “Evidencia de Cubierta”, o puedes acceder al documento visitando nuestra página de internet.**

**El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.**

**Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra agrandada y audio.**

**¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos disponibles para tus 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.**

**Visita nuestra página de internet en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com).**

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

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.

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

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

Generalmente, tienes que utilizar farmacias en nuestra red para adquirir tus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de 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.mmmp.com](http://www.mmmp.com)), o si deseas una copia, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarte a MMM Único (HMO POS), tienes que 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.

## Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un 1: pueden requerir preautorización.

Servicios con un 2: beneficio fuera de la red, 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$10,000. Requiere preautorización.

Servicios con un 3: \$0 de copago para servicios disponibles en MMM Multiclínica.

Servicios con un 4: La elegibilidad para estos servicios será determinada después de su afiliación al plan. Para recibir este beneficio, tiene que padecer alguna de las condiciones crónicas elegibles. Para más información, vea su Evidencia de Cubierta o llame Servicio al Afiliado.

# CONOCE TU TIPO DE CUBIERTA

---

## **HMO POS:**

### **Point-of-Service Option (Opción de Punto de Servicio)**

Los planes “POS” te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO POS cuentan con un beneficio máximo anual de \$10,000 para servicios fuera de la red. Al igual que con un HMO, tienes que seleccionar tu médico primario para coordinar tus servicios dentro de la red de proveedores contratados por el plan. Busca en tu Evidencia de Cubierta más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red.

# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
Prima mensual del plan	\$15	
Reducción a la prima de la Parte B	No aplica	
Deducible	No pagas nada	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$3,250	Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.
Cuidado hospitalario <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Red Preferida: <b>No pagas nada</b> <b>No pagas nada</b> en Unidad Dorada</li><li>• Red General: \$50 de copago</li></ul>	Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.
Servicios ambulatorios en el hospital <sup>1,2</sup>	\$25 de copago	
Centro de cirugía ambulatoria <sup>1,2</sup>	No pagas nada	
Visitas a la oficina del médico <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proveedores de Cuidado Primario</li><li>• Especialistas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No pagas nada</li><li>• No pagas nada</li></ul>	

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
<p><b>Cuidado preventivo</b> <sup>1,2</sup></p>	<p><b>No pagas nada</b></p>	<p>Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.</p>
<p><b>Cuidado de emergencia</b></p> <p>Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$25</b> de copago</li> </ul> <p>Cubierta mundial: <b>\$100</b> de copago</p>	<p>Si eres admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no pagas tu parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Ve la sección “Cuidado hospitalario” de este folleto para otros costos.</p>
<p><b>Cuidado urgentemente necesario</b></p> <p>Límite máximo del plan <b>\$500</b> para cubierta mundial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No pagas nada</b></li> </ul> <p>Cubierta mundial: <b>\$100</b> de copago</p>	
<p><b>Servicios diagnósticos</b> <b>Laboratorios / Radiología</b> <sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI) <sup>3</sup></li> <li>• Servicios de laboratorio<sup>3</sup></li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Rayos X ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0-\$5</b> de copago</li> <li>• <b>0%-20%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	
<p><b>Servicios de audición</b><sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Audífonos suplementarios</li> <li>• Examen rutinario</li> <li>• Servicios suplementarios de evaluación para ajuste de audífonos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No pagas nada</b></li> <li>• <b>No pagas nada</b></li> <li>• <b>No pagas nada</b></li> <li>• <b>No pagas nada</b></li> </ul>	<p>Hasta <b>\$1,250</b> cada tres (3) años para comprar audífonos para ambos oídos. Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/evaluación de audífonos suplementarios por año.</p>

# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
<b>Servicios dentales<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios preventivos</li><li>• Servicios cubiertos por Medicare</li><li>• Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual*</li><li>• Prostodoncia*<ul style="list-style-type: none"><li>○ Removible</li><li>○ Puente fijo</li><li>○ Implantes</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li> <li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Hasta <b>\$5,000</b> anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.  *Ciertos límites y restricciones aplican.
<b>Servicios de visión<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo</li><li>• Examen visual de rutina</li><li>• Espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto suplementarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li> <li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Hasta <b>\$850</b> anuales para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto. Un examen rutinario de visión suplementario por año.  La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.
<b>Cuidado de salud mental<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado hospitalario</li><li>• Visita de terapia grupal ambulatoria</li><li>• Visita de terapia individual ambulatoria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>\$50</b> de copago</li> <li>• <b>No pagas nada</b></li> <li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.  Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario.  Hasta 60 “días de reserva de por vida”.
<b>Cuidado de Enfermería Especializada</b> (SNF, por sus siglas en inglés) <sup>1,2</sup>	<b>No pagas nada</b>	Hasta 100 días en un SNF.
<b>Terapia física<sup>1,2</sup></b>	<b>No pagas nada</b>	
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b>	<b>No pagas nada</b>	Autorización requerida, excepto para emergencias.

# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
<b>Transportación suplementaria<sup>1</sup></b>	<b>No pagas nada</b>	Viajes <b>ilimitados</b> de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud, 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.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de quimioterapia</li><li>• Otros medicamentos de la Parte B</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>10%</b> del costo</li></ul>	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.
BENEFICIOS ADICIONALES		
<b>Cuidado del pie<sup>1,2</sup></b> <b>(servicios de podiatría)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare</li><li>• Servicios suplementarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Este plan cubre hasta seis <b>(6)</b> visitas suplementarias por año para servicios de podiatría.
<b>Equipo médico duradero / Suministros médicos<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li><li>• Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)</li><li>• Suministros médicos</li><li>• Suministros para diabéticos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	



# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
<b>Programas de bienestar</b>	<b>No pagas nada</b>	<p>Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.</li><li>• Línea directa de enfermería (24/7).</li><li>• Materiales impresos de educación en salud.</li><li>• Adiestramiento nutricional.</li></ul>
<b>Cuidado quiropráctico<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare</li><li>• Servicios suplementarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Hasta <b>\$1,000</b> anuales para un máximo de ocho ( <b>8</b> ) visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.
<b>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	<b>No pagas nada</b>	Hasta <b>\$125</b> cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario. Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
<b>Acupuntura<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare<sup>2</sup></li><li>• Servicios suplementarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Hasta un máximo de doce ( <b>12</b> ) visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios por año.
<b>Beneficio nutricional / dietético</b>	<b>No pagas nada</b>	Hasta seis ( <b>6</b> ) visitas suplementarias al nutricionista por año.
<b>Terapias alternativas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Naturópata</li><li>• Artículos Homeopáticos / Medicina Natural</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No pagas nada</b></li><li>• <b>No pagas nada</b></li></ul>	Hasta doce ( <b>12</b> ) visitas suplementarias al naturópata por año.  Hasta <b>\$125</b> cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC. Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño	No pagas nada	<p>Hasta <b>\$125</b> cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alfombra de baño médica</li><li>• Asiento de inodoro elevado</li><li>• Cabezal de ducha de mano</li><li>• Alcanzador</li><li>• Luz de noche</li></ul> <p>Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMOPOS)	LO QUE DEBES SABER
Acondicionamiento Físico	No pagas nada	<p>Hasta <b>\$125</b> cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pedales para ejercicio físico</li><li>• Bandas elásticas para estiramiento</li><li>• Rompecabezas para ejercitar la memoria</li></ul> <p>Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>

# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
<p><b>MMM Flexi Card<sup>4</sup></b></p> <p>El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2023.</p>	<p><b>No pagas nada</b></p>	<p>Hasta <b>\$35</b> por mes (para una cantidad total de <b>\$420</b> por año) mientras esté activo en el plan. Recibirá una tarjeta de débito a través de la cual se depositará la ayuda cada mes.</p> <p>Podrá utilizar la tarjeta de débito para servicios como los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comida preparada</li><li>• Alimentos y provisiones</li><li>• Gasolina</li><li>• Productos de limpieza</li><li>• Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)</li><li>• Utilidades</li><li>• Artículos adicionales de OTC</li><li>• Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural)</li><li>• Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño</li><li>• Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente)</li><li>• Copagos y/o coaseguros</li><li>• Cuidado de mascotas</li><li>• Artículos de jardinería / ferretería</li><li>• Servicios de cuidado personal, como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / anti-manchas</li><li>• Electrodomésticos</li><li>• Toallas, ropa de cama y ropa</li><li>• Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios</li></ul>

# MMM Único

(HMO POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM Único (HMO POS)	LO QUE DEBES SABER
MMM Asistencia <sup>4</sup>	No pagas nada	<p>Hasta doce <b>(12)</b> eventos individuales al año para servicios de asistencia en carretera y servicios de reparaciones menores en el hogar.</p> <p>Aplica cantidad máxima de \$300 por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar.</p>

## MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
<b>Deducible</b>	<b>\$0</b>		
<b>Cubierta Inicial</b> (lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,660)	Genérico Preferido	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Genérico	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Marca Preferida	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Marca No Preferida	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Medicamentos Especializados	<b>25%</b> del costo	No disponible
	Cuidado Selecto	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Insulinas Selectas	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
<b>Brecha de Cubierta</b> (lo que pagas hasta que alcanzas \$7,400)	<p>El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas el 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudan a sobrellevar la brecha de cubierta. MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.</p>		
	Genérico Preferido	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Genérico	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Cuidado Selecto	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
	Insulinas Selectas	<b>\$0</b> de copago	<b>\$0</b> de copago
<p>Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tú pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.</p>			

## MEDICAMENTOS RECETADOS

<b>Cubierta Catastrófica</b> (lo que pagas luego de alcanzar \$7,400)	5% del costo o \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.
<b>Disfunción Eréctil</b>	\$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta cuatro (4) pastillas al mes.
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 llámanos o refiérete a la Evidencia de Cubierta en internet.	

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.





**1-866-333-5470**

(libre de cargos)

---

**TTY: 711**

(audio impedidos)

---

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

[www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com) |  