

OPCIONES DE PLANES

2020

MEDICARE ADVANTAGE



***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**
- 81** **TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM**
- 82** **BENEFICIOS MÁS ALLÁ DE MEDICARE ORIGINAL**
- 94** **PERÍODOS DE AFILIACIÓN**
- 97** **ENTENDIENDO EL PROGRAMA MEDICARE**
- 101** **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

Servicios y Programas Adicionales:

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



**MEMBERS
CLUB**

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



VITA CARE

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



**UNIDAD
DORADA**

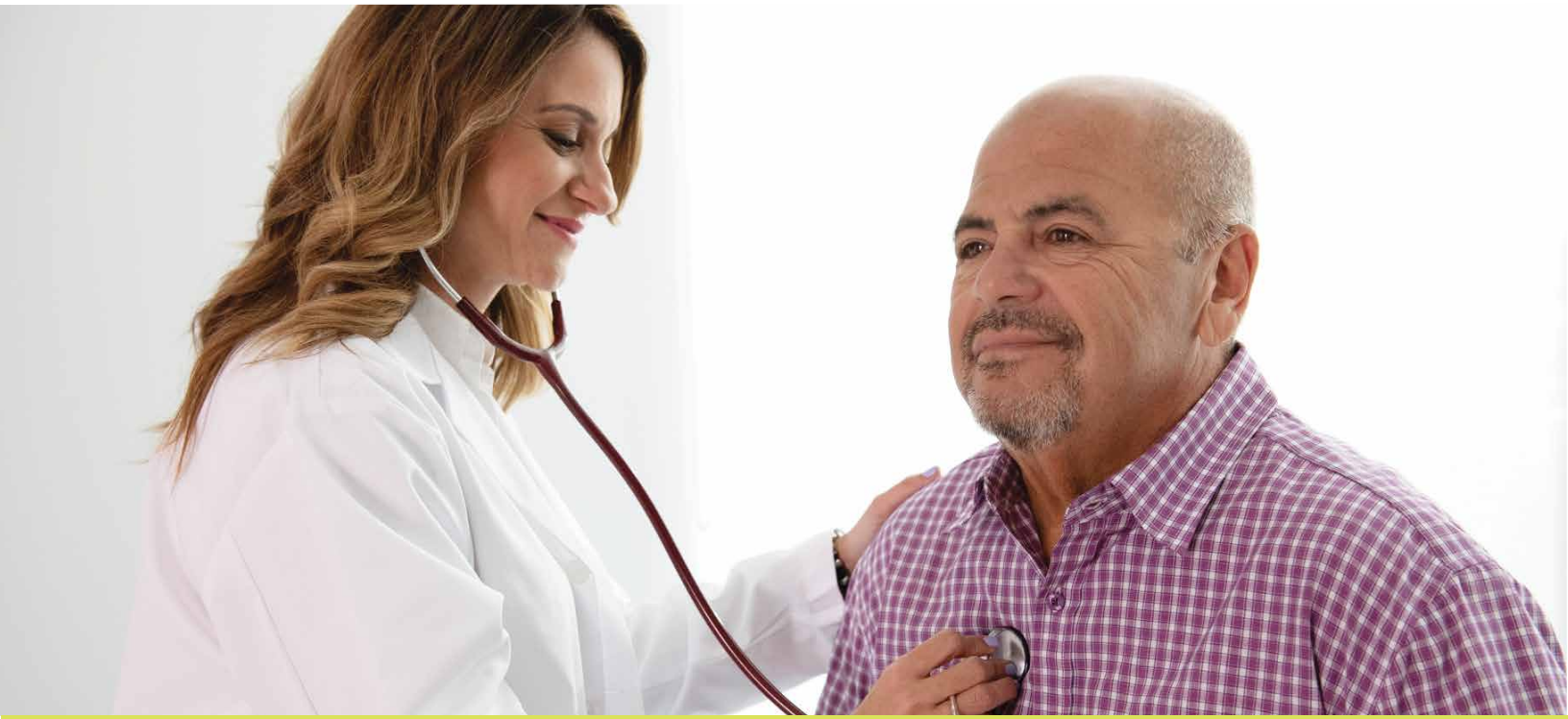
Un piso de hospital con las ventajas que necesitan nuestros pacientes y sus acompañantes, desde el ingreso hasta el alta.



**CENTRO DE
URGENCIA**

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

ECE MÁS



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

Conozca 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.

Y TUS PROVEEDORES

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.

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 Diamante Platino (HMO-SNP),
- MMM Completo Platino (HMO-SNP),
- MMM Relax Platino (HMO-SNP),
- PMC Premier Platino (HMO-SNP) o
- MMM Bienestar Platino (HMO-SNP), debes tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, ser elegible al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, 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 pueden requerir referido de tu médico.

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | <input type="checkbox"/> MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
| Prima mensual del plan | \$0 | \$0 |
| Reducción a la prima de la Parte B | \$20 mensual | \$55 mensual |
| Deducible Este plan no tiene deducible. | No paga nada | No paga nada |
| Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red. | \$3,250 | \$3,250 |
| Cuidado hospitalario¹ Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía hospitalaria. | No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA | No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 | \$0 | \$0 |
| \$84 mensual | \$30 mensual | \$0 mensual |
| No paga nada | No paga nada | No paga nada |
| \$3,250 | \$3,250 | \$3,250 |
| No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA | No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA | No paga nada \$0 de copago en UNIDAD DORADA |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios ambulatorios en el hospital ¹ | No paga nada | No paga nada |
| Visitas a la oficina del médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de Cuidado Primario • Especialistas² | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada |
| Cuidado preventivo¹ Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año. | No paga nada | No paga nada |
| Cuidado de emergencias 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). | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada |
| <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierto mundial: \$75 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierto mundial: \$75 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierto mundial: \$75 de copago |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuidado necesario de urgencia | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 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"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada |
| Servicios de audición¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición cubiertos por Medicare • Aparato auditivo suplementario • Servicio de evaluación para ajuste de aparato auditivo suplementario <p>Hasta una evaluación suplementaria anual para ajuste de aparato auditivo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,500 anuales para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$400 anuales para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos.</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • Cubierta mundial: \$75 de copago |
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada |
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$250 cada 3 años para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$2,500 anuales para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$250 cada 3 años para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales cubiertos por Medicare¹ • Poste y reconstrucción de muñon y/o corona individual¹ • Prostodoncia¹ <p>Cubrimos otros servicios dentales cubiertos por Medicaid. Refiérase a la sección "Servicios Cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada Hasta 2 al año • No paga nada Hasta \$3,000 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible. | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 33% del costo Hasta 2 al año • 33% del costo Hasta \$2,500 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible. |
| <p>Servicios de visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de visión cubiertos por Medicare¹ • Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios <p>Un examen rutinario de visión suplementaria por año.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$825 anuales 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 <p>Hasta \$350 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • 33% del costo Hasta 4 al año • 33% del costo Hasta \$2,000 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible. | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto • No paga nada Hasta \$2,000 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible. | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No cubierto • 33% del costo Hasta \$2,000 anuales para prostodoncia removible en metal, resina o base flexible. |
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$350 anuales 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 <p>Hasta \$450 anuales 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 <p>Hasta \$300 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cuidado de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado intrahospitalario¹ • Visita de terapia grupal ambulatoria^{1,2} • Visita de terapia individual ambulatoria^{1,2} <p>Hasta 190 días de hospitalización por cuidado de salud mental, de por vida. Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario. Hasta 60 "días de reserva de por vida".</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada |
| <p>Cuidado diestro de enfermería¹ (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>Terapia física¹</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada |
| <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |
| <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ambulancia¹</p> <p>Requiere autorización, excepto para emergencias.</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |
| <p>Transportación suplementaria¹</p> | <p>No paga nada</p> <p>Hasta 20 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de salud.</p> | <p>No paga nada</p> <p>Hasta 10 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"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada |
| <p>Centros de cirugía ambulatoria¹</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |
| <p>No cubierto</p> | <p>No paga nada</p> <p>Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de salud.</p> | <p>No paga nada</p> <p>Hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados al cuidado de salud.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada |
| <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> | <p>No paga nada</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cuidado del pie (servicios de podiatría)^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicio de podiatría cubiertos por Medicare• Servicio suplementario de podiatría <p>Hasta 1 visita rutinaria para servicios de podiatría suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada | <ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada |
| <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• No paga nada• No paga nada• No paga nada | <ul style="list-style-type: none">• No paga nada• No paga nada• No paga nada• No paga nada |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA <input type="checkbox"/> MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada |
| <ul style="list-style-type: none"> • 0%-20% del costo • 10% del costo • 10% del costo • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada • No paga nada • No paga nada | <ul style="list-style-type: none"> • 0%-20% del costo • 10% del costo • 10% del costo • No paga nada |

RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA Y BENEFICIOS

Programas de bienestar

- 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

Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)

Para más detalles, 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.

ESTA ES SU CUBIERTA

■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP)

No paga nada

Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.

No paga nada

Hasta \$75 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

ESTA ES SU CUBIERTA

■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP)

No paga nada

Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.

No paga nada

Hasta \$45 cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

ESTA ES SU CUBIERTA

**■ MMM RELAX
PLATINO (HMO-SNP)**

No paga nada

Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.

ESTA ES SU CUBIERTA

**■ PMC PREMIER
PLATINO (HMO-SNP)**

No paga nada

Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.

ESTA ES SU CUBIERTA

**■ MMM BIENESTAR
PLATINO (HMO-SNP)**

No paga nada

Programas que se enfocan en condiciones de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.

No paga nada

Hasta **\$40** cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

No paga nada

Hasta **\$120** cada mes para artículos o medicamentos fuera del recetario.

No paga nada

Hasta **\$20** cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$750 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$750 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p> |
| <p>Acupuntura^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago <p>Hasta \$500 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

| ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$750 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$750 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada • No paga nada <p>Hasta \$750 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No Cubierto | <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada <p>Hasta \$500 anuales para hasta seis visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No Cubierto |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (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 para servicios recibidos en VITA CARE</p> | <p>\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

ESTA ES SU CUBIERTA
 **MMM RELAX
PLATINO (HMO-SNP)**

\$0 de copago para
servicios recibidos en
VITA CARE

ESTA ES SU CUBIERTA
 **PMC PREMIER
PLATINO (HMO-SNP)**

\$0 de copago para
servicios recibidos en
VITA CARE

ESTA ES SU CUBIERTA
 **MMM BIENESTAR
PLATINO (HMO-SNP)**

\$0 de copago para
servicios recibidos en
VITA CARE

RESUMEN DE BENEFICIOS

| PRIMA Y BENEFICIOS | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA ■ MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <p>Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas</p> <p>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 Mellitus2. Insuficiencia Cardíaca Crónica3. Desórdenes Cardiovasculares4. 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 para servicios recibidos en VITA CARE</p> | <p>\$0 de copago para servicios recibidos en VITA CARE</p> |

PLANES HMO-SNP

¡NUEVO!

ESTA ES SU CUBIERTA
 **MMM RELAX
PLATINO (HMO-SNP)**

\$0 de copago para
servicios recibidos en
VITA CARE

ESTA ES SU CUBIERTA
 **PMC PREMIER
PLATINO (HMO-SNP)**

\$0 de copago para
servicios recibidos en
VITA CARE

ESTA ES SU CUBIERTA
 **MMM BIENESTAR
PLATINO (HMO-SNP)**

\$0 de copago para
servicios recibidos en
VITA CARE

RESUMEN DE BENEFICIOS

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 | |
| Cubierta Inicial (lo que paga hasta que el costo total de medicamentos alcanza \$4,020) | Medicamentos Cubiertos | \$0 | \$0 |
| Brecha de Cubierta (lo que paga hasta que alcanza \$6,350) | Medicamentos Cubiertos | \$0 | \$0 |
| Cubierta Catastrófica (lo que paga luego de alcanzar \$6,350) | Durante esta etapa el plan pagará todos los costos de sus medicamentos. | | |

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 nuestra Evidencia de Cubierta en Internet.

Favor de referirse a la sección "Servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.



SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid
Contratos H4003 y H4004. Planes 017, 041, 061, 048 y 049

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos del Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio que se menciona a continuación, puedes ver lo que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico cubre y lo que nuestro plan cubre.

La cubierta de los beneficios que se describen a continuación depende de tu nivel de elegibilidad de Medicaid. No importa cuál sea tu nivel de elegibilidad de Medicaid, MMM Diamante Platino (HMO-SNP), MMM Completo Platino (HMO-SNP), MMM Relax Platino (HMO-SNP), PMC Premier Platino (HMO-SNP) y MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos del Resumen de Beneficios. Si tienes preguntas acerca de tu elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tienes derecho, llama al: 1-866-333-5470 (libre de cargo), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos).

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Hospitalización | <p>Admisiones: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>Neonatal: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, cama disponible veinticuatro (24) horas al día, todos los días calendario del año.</p> <p>Cubierta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sala de aislamiento por razones médicas- Diagnóstico y tratamiento especializado tales como electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializadas que están disponibles en facilidades hospitalarias que deben realizarse mientras el paciente está hospitalizado.- Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla. |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Hospitalización | <p>Sangre: sangre, plasma y sus derivados sin limitaciones para incluir sanfre irradiada y autóloga, Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.</p> |
| Hospitalización por Condiciones Mentales | <p>Admisiones: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible veinticuatro horas al día, todos los días calendario del año).</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospitalización por Trastorno por Abuso de Sustancias | <p>Admisiones: Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4.00 Código de Cubierta 120- \$5.00 Código de Cubierta 130- \$8.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible veinticuatro horas al día, todos los días calendario del año).</p> |
| Laboratorio y laboratorios de alta tecnología | <p>Laboratorios clínicos y de alta tecnología* Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0.50 Código de Cubierta 120- \$1.00 Código de Cubierta 130- \$1.50</p> <p>*Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.</p> <p>Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con generar un certificado de salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EPSDT- Menor de 21 años | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Los requisitos de EPSDT no están cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Chequeos de EPSDT deben incluir todo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Historial completo de salud y desarrollo; Evaluación del desarrollo, incluyendo: desarrollo mental, emocional y del comportamiento de la salud conductual; Medidas (incluyendo circunferencia de la cabeza a los infantes);- Evaluación del estado nutricional; Un examen físico completo sin ropa; Vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), las vacunas, en sí son provistas y pagadas por el Departamento de Salud para personas elegibles a Medicaid y CHIP. Ciertas pruebas de laboratorio. Orientación preventiva y educación en salud; Examen de la vista; Tuberculosis; La prueba de audición y evaluación dental y oral. <p>Debe hacer referencia a las guías de CMS para EPSDT y a la política correspondiente de ASES.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Sala de Emergencias (ER) | Visitas a la Sala de Emergencias Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0 Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, por visita Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$4 Código de Cubierta 120- \$5 Código de Cubierta 130- \$8 Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, por visita Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$2 Código de Cubierta 120- \$3 Código de Cubierta 130- \$4 Trauma Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0 |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios Ambulatorios para Trastorno por Abuso de Sustancias | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del wrap around de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible veinticuatro horas al día), todos los días calendario del año.</p> |
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Todos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y emergencias veinticuatro horas al día, siete días a la semana e intervención en crisis, no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage; pero incluidos en el Plan del Estado.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visitas Ambulatorias | Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00 Servicios Pre-Natales Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0 |
| Dejar de Fumar | Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0 Servicios para dejar de fumar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y mujeres embarazadas cuando sea médicamente necesario y recetado por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas con y sin receta según indicado por un médico. |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Maternidad | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico.</p> <p>Daño severo y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según lo certificado por un médico.</p> <p>Servicios prenatales</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médico y Quirúrgico | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del paciente al haber completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización.</p> <p>Cirugía ambulatoria</p> |
| Servicios de Visión | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Visión | <p>Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años (inclusive), se cubrirán cuando sean médicamente necesario, el beneficio de espejuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación y reemplazo de espejuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.</p> |
| Exámenes de Audición | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluido en el Plan del Estado.</p> <p>Aparatos Auditivos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a EPSDT para servicios de audición cubiertos.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terapia física, ocupacional y del habla | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Cubierto sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del wrap around.</p> |
| Medicamentos Recetados* | <p>Preferidos (Niños (0-20)) / (Inclusive) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Preferidos (Adultos)** Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$2.00 Código de Cubierta 130- \$3.00</p> <p>No-Preferidos (Niños (0-20)) / (Inclusive) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO

PLAN MEDICAID ESTATAL

Medicamentos Recetados*

No-Preferidos (Adultos)**

Código de Cubierta 100- \$0

Código de Cubierta 110- \$3.00

Código de Cubierta 120- \$4.00

Código de Cubierta 130- \$6.00

Abuso de sustancias ambulatorio

Código de Cubierta 100- \$0

Código de Cubierta 110- \$0

Código de Cubierta 120- \$0

Código de Cubierta 130- \$0

*Los copagos se aplican a cada medicamento incluido en la misma receta.

**Los copagos no se aplican a niños de 0 a 20 años de edad suscritos a Medicaid, personas médico-indigentes según el Estado, y niños de 0 a 20 años de edad suscritos al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), en grupos de edad 0-20 (inclusive).

Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage pero incluidos en el Plan del Estado.

Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del beneficio de la Organización Medicare Advantage, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado.

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO

PLAN MEDICAID ESTATAL

Medicamentos Recetados*

El medicamento debe aparecer en el formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y debe estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. También debe cumplir con lo siguiente:

- El beneficio de farmacia para todos los planes Medicare Advantage proveerá un año completo de cubierta bajo su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, sujeto a los copagos establecidos en la cubierta Platino como el único pago del bolsillo.
- Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan Medicare Advantage están sujetos al proceso de excepción de CMS para la posible aprobación de un medicamento no cubierto. Si durante el proceso de excepción la denegación se mantiene por la organización Medicare Advantage incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto en el Formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, este medicamento será cubierto por el wrap around. El médico que receta tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan Medicare Advantage en la categoría necesaria.
- Para que un medicamento se considere dentro del “wrap around” tiene que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Los medicamentos en el Formulario del Plan de Salud del Gobierno deben ser cubiertos bajo el beneficio de Platino bajo la clase terapéutica aplicable.

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos | <p>Preventivo (Niño) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Preventivo (Adulto) Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Restaurativo Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos | <p>Los siguientes beneficios están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none">- Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún años, según ordenado por los requisitos de EPSDT;- Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún años de edad;- Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica;- Servicios dentales preventivos para adultos;- Servicios dentales restaurativos para adultos;- Un examen oral completo al año;- Un examen periódico cada seis meses;- Un examen oral limitado a un problema definido;- Una serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres años;- Una radiografía inicial periapical/ intraoral;- Hasta cinco radiografías periapicales/ intraorales adicionales por año;- Una radiografía sencilla de mordida al año;- Una radiografía doble de mordida al año;- Una radiografía panorámica cada tres años;- Una limpieza para adulto cada seis meses;- Una limpieza para niño cada seis meses;- Una aplicación tópica de fluoruro cada seis meses para los afiliados menores de diecinueve años de edad;- Selladores de fisura de por vida para los afiliados hasta los catorce años de edad, (incluyendo molares deciduos hasta los ocho años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries); |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ESTA ES SU CUBIERTA | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos | <ul style="list-style-type: none">- Restauración de amalgama;- Restauraciones de resina;- Endodoncia ("root canal");- Tratamiento paliativo; y- Cirugía oral |
| Servicios Preventivos | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>Servicios de vacunación no cubiertos por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Parte B de Medicare2. Formulario de la Parte D de la Organización Medicare Advantage3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage4. No cubierto por el Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico pero incluidos en el Plan del Estado. <p>Vacunas</p> |
| Planificación familiar | <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> <p>- Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Planificación familiar | <ul style="list-style-type: none">- Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proporcionan servicios de salud reproductiva y asesoramiento sobre planificación familiar. Estos servicios deben brindarse de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el beneficiario sea menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación de la infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo de inserción/extracción de productos no orales, tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; al menos uno de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA cuando sea médicamente necesario y aprobado a través de preautorización o por medio de un proceso de excepción y que el proveedor de la receta pueda demostrar al menos una de las siguientes situaciones:- Contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado.- Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.- Historial de reacción adversa por parte del afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos. |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

| CATEGORÍA DE BENEFICIO | PLAN MEDICAID ESTATAL |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Otros Servicios | <p>Rayos X*</p> <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0.50 Código de Cubierta 120- \$1.00 Código de Cubierta 130- \$1.50</p> <p>Pruebas Diagnósticas Especiales*</p> <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Terapia Respiratoria</p> <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$1.00 Código de Cubierta 120- \$1.50 Código de Cubierta 130- \$2.00</p> <p>Cuidado de Salud Infantil</p> <p>Código de Cubierta 100- \$0 Código de Cubierta 110- \$0 Código de Cubierta 120- \$0 Código de Cubierta 130- \$0</p> |

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

RESUMEN DE BENEFICIOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO

PLAN MEDICAID ESTATAL

Otros Servicios

Examen Físico

Código de Cubierta 100- \$0

Código de Cubierta 110- \$1.00

Código de Cubierta 120- \$1.50

Código de Cubierta 130- \$2.00

Cubierta Especial

Código de Cubierta 100- \$0

Código de Cubierta 110- \$1.00

Código de Cubierta 120- \$1.50

Código de Cubierta 130- \$2.00

* Solo aplica a Pruebas Diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un tratamiento preventivo.

PLANES HMO-SNP

| ESTA ES SU CUBIERTA MMM DIAMANTE PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM COMPLETO PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA MMM RELAX PLATINO (HMO-SNP) | ESTA ES SU CUBIERTA PMC PREMIER PLATINO (HMO-SNP) | ¡NUEVO! ESTA ES SU CUBIERTA MMM BIENESTAR PLATINO (HMO-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

RESUMEN DE BENEFICIOS

Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del “Wrap Around”. Los servicios del “Wrap Platino” están sujetos a los copagos máximos en estas tablas con excepciones y cero copagos para beneficiarios de Medicaid /CHIP y los siguientes servicios:

Beneficiarios de Medicaid / CHIP

- Niños desde 0 a menos de 21 años de edad;
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y los 60 días después del parto)
- Los indios americanos y nativos de Alaska (AI / AN)
- Las personas institucionalizadas; y
- Las personas que reciben cuidados de hospicio

Servicios

- Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, de hospital y servicios de post-estabilización según definidos en las regulaciones federales 1932 (b)(2) de La Ley 42 CFR 438.114 (a);
- Servicios de planificación familiar y suplidos;
- Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad



- Servicios relacionados con el embarazo y consejería y medicamentos para dejar de fumar;
- Servicios preventivos ofrecidos por el proveedor como se define en 42 CFR 447.26 (b); y
- Visita no de emergencia a la sala de emergencia de un hospital, pueden eximirse del pago llamando al centro de llamadas del MCO para recibir un código que le exima del copago.

La tabla del “Wrap around” está sujeta a cambios en 01/01/2020.

TUS MEDICAMENTOS BAJO LA CUBIERTA DE MMM

MEDICAMENTOS CON RECETA

Tu plan te cubre medicamentos en una estructura de un nivel:

- **Medicamentos Cubiertos**

La información sobre este nivel 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 Diamante Platino (HMO-SNP) | MMM Completo Platino (HMO-SNP) | MMM Relax Platino (HMO-SNP) | PMC Premier Platino (HMO-SNP) | MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) |
|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| Medicamentos Cubiertos | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |



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 Diamante Platino (HMO-SNP) | MMM Completo Platino (HMO-SNP) | MMM Relax Platino (HMO-SNP) | PMC Premier Platino (HMO-SNP) | MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Prostodoncia Removible | \$3,000 anuales | \$2,500 anuales | \$2,000 anuales | \$2,000 anuales | \$2,000 anuales |

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 Diamante Platino (HMO-SNP) | MMM Completo Platino (HMO-SNP) | MMM Relax Platino (HMO-SNP) | PMC Premier Platino (HMO-SNP) | MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| Espejuelos y/o lentes de contacto | \$825 anuales | \$350 anuales | \$350 anuales | \$450 anuales | \$300 anuales |

Reglas de autorización pueden aplicar.

¡NUEVO!



MI COMPRA

Tu alimentación es fundamental



Hasta **\$80 mensuales**

Reconociendo el valor de una alimentación adecuada, respaldamos a nuestros afiliados que más lo necesitan con una tarjeta que puedes utilizar para la compra de alimentos saludables en el establecimiento de tu preferencia.

*Este beneficio es para afiliados de nuestra cubierta MMM Bienestar Platino.

Reglas de autorización pueden aplicar.



NUTRI MÁS



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.

| Beneficio Anual | MMM Diamante Platino (HMO-SNP) | MMM Completo Platino (HMO-SNP) | MMM Relax Platino (HMO-SNP) | PMC Premier Platino (HMO-SNP) | MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Comida luego del alta hospitalaria | 10 comidas al año | 10 comidas al año | No cubierto | 20 comidas al año | No cubierto |
| Comida más allá de la base limitada | No cubierto | No cubierto | No cubierto | 20 comidas al año | 20 comidas al año |

Reglas de autorización pueden aplicar. Puede requerir referido de su PCP.



OTC A TU PUERTA

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

| Beneficio | MMM Diamante Platino (HMO-SNP) | MMM Completo Platino (HMO-SNP) | MMM Relax Platino (HMO-SNP) | PMC Premier Platino (HMO-SNP) | MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) |
|-----------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| OTC | \$75 cada 3 meses | \$45 cada 3 meses | \$40 cada 3 meses | \$120 mensual | \$20 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

¡NUEVO!



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 Completo Platino y PMC Premier Platino. Referido y/o reglas de autorización pueden aplicar.



A TU CITA

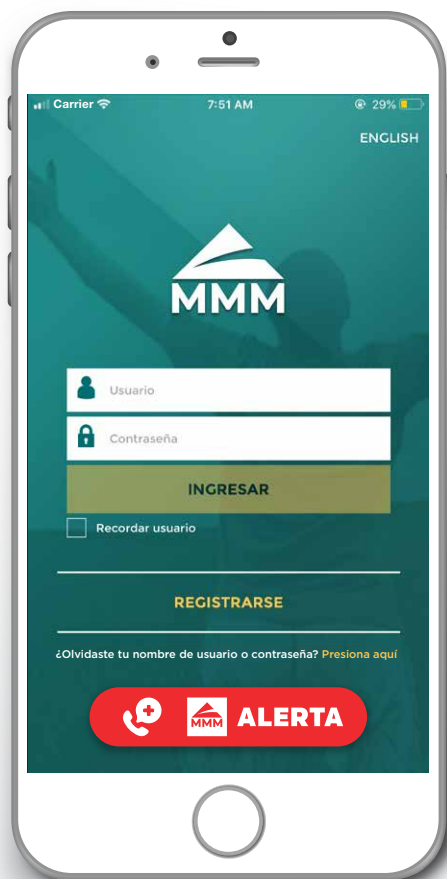
Si no tienes quién te lleve a tu cita médica, si no puedes costear un taxi o si te es difícil caminar a una estación de transportación pública, puedes sentirte tranquilo porque hemos considerado el beneficio de transportación suplementaria en la mayoría de nuestras cubiertas, para ayudarte a llegar a 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 Diamante Platino (HMO-SNP) | MMM Completo Platino (HMO-SNP) | MMM Relax Platino (HMO-SNP) | PMC Premier Platino (HMO-SNP) | MMM Bienestar Platino (HMO-SNP) |
|------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| Transportación | 20 viajes | 10 viajes | No Cubierto | 24 viajes | 12viajes |

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.

PERÍODOS



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 Periodo 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:

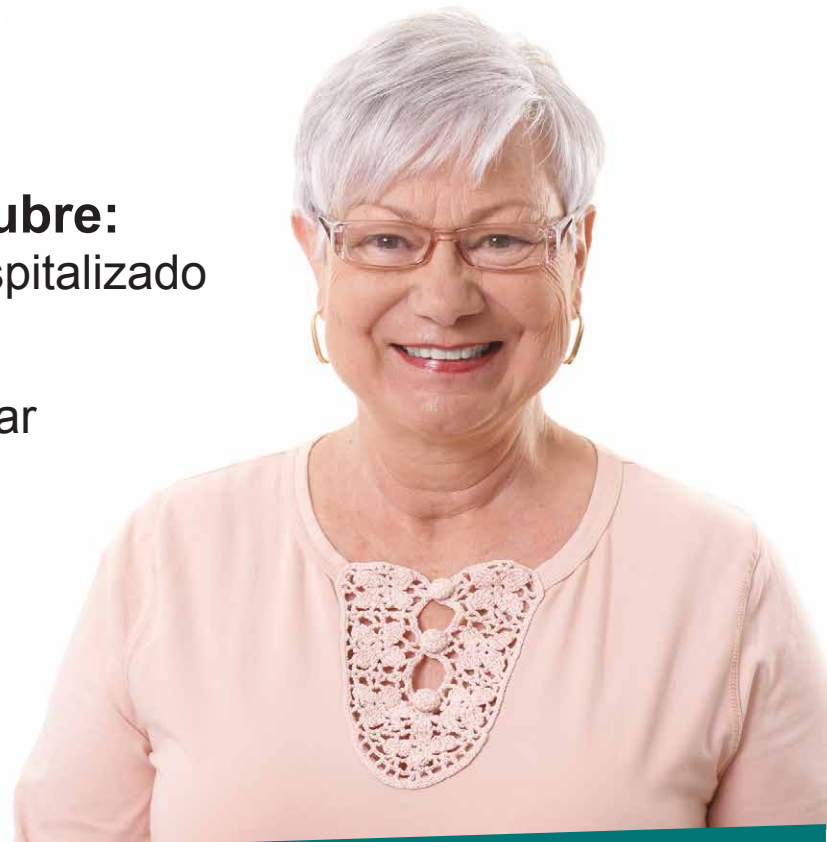
- Personas de 65 años de edad o más
- Ciertas personas menores de 65 años con discapacidades
- Individuos con Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

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 Trigo 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 (ب ا ي عرب): 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 رق ف هلت صم ال كم ب وال: 1-866-333-5469 -866-333- م رق
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: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए 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.

¿QUÉ ES LO PRÓXIMO?



Recibirás una carta con la fecha de inicio de tu plan cuando CMS haya confirmado tu inscripción.



Obtendrás tu tarjeta de identificación de afiliado después de recibir tu notificación de confirmación.



Dentro de los 90 días posteriores al inicio de tu plan de salud, recibirás una llamada para completar una encuesta de salud.

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 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). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。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)。



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: _____

MMM Healthcare, LLC es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.

Y0049_2020 1099 0001 2_M