



Resumen de
Beneficios
2025

Beneficiario de
Medicare Platino

Plan de Salud
medicare
PLATINO
Administración de Seguros de Salud
Gobierno de Puerto Rico
Autorizado por la Oficina del Contralor
Electoral OCE-SA-2024-0715



MMM
caminamosjuntos



**¡HECHO,
PA' MÍ!**

Conocer a fondo las necesidades de nuestra gente a lo largo de este caminar juntos, nos permite crear cubiertas a la medida, sobre la base de la experiencia y el compromiso con tu salud y bienestar, que hemos demostrado por más de dos décadas.

Con esto en mente, trabajamos para que durante todo el 2025 tengas una nueva experiencia con la red MMM Multiclínica, donde te ofreceremos los servicios de especialistas en un mismo lugar, con \$0 copago y sin referidos. Todo, exclusivamente para ti, por ser afiliado(a) de MMM. Este año, **también tendrás transportación ilimitada a tus citas** en cualquiera de las clínicas alrededor de la Isla. Y para ampliar tus posibilidades, tendrás servicios dentales* en MMM Multiclínica de Humacao, Masters Dental Clinic en Canóvanas, y en la MMM Multiclínica de Aibonito.

Para que veas bien todos tus servicios disponibles, y para que te veas aún mejor, cuentas con hasta \$1,000 en nuestras cubiertas para espejuelos. ¡Sal y cómprate varias monturas! Les puedes añadir el filtro de transición para interiores y exteriores, tratamiento anti-rayazos y otros.

Por otro lado, añadimos más opciones de usos a la larga lista que ya teníamos en la MMM Flexi Card. Podrás pagar con la tarjeta más productos y servicios, y el dinero que no utilices durante un mes, se acumulará para el siguiente hasta que termine el año de cubierta. Todos cualifican, simple y isin sorpresas!

Junto a nuestros afiliados, hemos construido un sistema de cuidado de salud que incluye servicios para una calidad de vida excepcional. Desde el MMM Members Club hasta MMM OTC a Tu Puerta... incluyendo a la red de MMM Centros de Urgencias, con más de 70 centros disponibles para ti, así como la MMM Unidad Dorada, con servicios exclusivos para afiliados de MMM en hospitales participantes. Nos emociona recibirte para que seas parte de nuestra familia.

Adelante, las siguientes páginas incluyen un resumen de los beneficios y datos relacionados con las cubiertas de MMM. Recuerda que la información completa y detallada está en la Evidencia de Cubierta.

*Los servicios dentales en la red MMM Multiclínica pueden variar por localidad.

Con gusto, respondemos a tus preguntas sobre el plan y los beneficios:

Departamento de Ventas

al **1-833-647-9555** (libre de cargos),
TTY: **711** (audio impedidos),
de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



Conoce los tipos de cubierta.

Las iniciales al lado del nombre de tu cubierta indican el tipo de plan que tienes.

HMO

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

Este tipo de plan te provee servicios a través de doctores, hospitales y otros proveedores contratados por el plan. Para poder coordinar tu cuidado, tienes que seleccionar un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés). Por lo general, en los planes tipo "HMO", se necesita un referido de tu médico primario para recibir servicios de otros proveedores de la red.

Podrás visitar un proveedor fuera de la red, siempre y cuando sea un caso de emergencia, una urgencia, o un servicio de diálisis renal mientras estás fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores de la red no están disponibles.

HMO-POS

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

Los planes "POS" te permiten acceso a servicios médicos cubiertos por el plan con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de \$10,000 para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios POS requieren preautorización y son cubiertos a través de reembolso, basado en las tarifas del plan para proveedores contratados, menos el coaseguro que aplique. La cantidad a ser reembolsada pudiese ser distinta a la facturada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Al igual que con un HMO, tienes que seleccionar tu médico primario para coordinar tus servicios dentro de la red de proveedores contratados por el plan.

Busca en tu **Evidencia de Cubierta** más detalles sobre los servicios cubiertos fuera de la red, los requisitos de preautorización, el costo compartido aplicable y el tope máximo de tu cubierta anual.



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, tendrás que 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. Este plan es para personas elegibles a ambos: Medicare y Medicaid.

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 tiene que realizarse una vez al año.



Coaseguro

El coaseguro es la parte 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 tu Bolsillo

Es la cantidad máxima que pagarás 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. 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, al menos, una alternativa de terapia para cada necesidad médica. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.



Preautorizaciones

Un proceso simple que se tiene que completar antes de adquirir algunos 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, instalación u otro proveedor que participa en la red de proveedores contratados del plan.



Proveedor fuera de la Red

Un médico, hospital, instalación u otro proveedor que no participa en la red de proveedores del plan. En algunas cubiertas, podrás visitar proveedores fuera de la red de nuestro plan, aunque es posible que tengas que pagar copagos o coaseguros más altos.

Tabla Comparativa de Cubiertas

Resumen de Beneficios

- La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y de lo que pagarás.
- Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámanos y solicita una "Evidencia de Cubierta" o puedes acceder al documento visitando nuestra página de Internet.
- El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario.
- Esta información está disponible en otros formatos como braille, letra agrandada y cintas de audio o data.
- ¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Departamento de Ventas al: **1-833-647-9555** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si eres afiliado, llama a Servicios al Afiliado al: **1-866-333-5470** (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al **711**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Visita 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.

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

Generalmente, tienes que utilizar una farmacia de nuestra red para adquirir tus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de las Partes C y 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 D-SNP),**
- **MMM Relax Platino (HMO D-SNP),**
- **MMM Combo Platino (HMO D-SNP),**
- **MMM Flexi Platino (HMO D-SNP),**
- **PMC Premier Platino (HMO D-SNP),**

tienes que 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.

Además, contamos con una cubierta regional, con acceso a servicios a través de toda la Isla:

■ **MMM Dorado Platino (HMO D-SNP)**

Esta cubierta estará disponible para afiliados con Partes A y B de Medicare, elegibles al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico que residen en los siguientes municipios:

Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un ¹ pueden requerir preautorización.

Servicios con un ² pueden requerir referido de tu médico.

¿Qué más debes saber?

Si deseas conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, lee el manual **“Medicare y Usted 2025”**.

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**.





Cubiertas **HMO D-SNP**

Estos planes son exclusivos para personas con elegibilidad dual (Medicare-Medicaid).

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

MMM Dorado Platino (HMO D-SNP)

MMM Combo Platino (HMO D-SNP)

MMM Flexi Platino (HMO D-SNP)

PMC Premier Platino (HMO D-SNP)

Resumen de Beneficios

| <h2>Prima y Beneficios</h2> | <div style="background-color: #00a0c0; color: white; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> ■ ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h3>MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)</h3> | <div style="background-color: #8e44ad; color: white; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> ■ ESTA ES TU CUBIERTA </div> <h3>MMM Relax Platino (HMO D-SNP)</h3> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan | \$0 | \$0 |
| Deducible/Responsabilidad máxima de tu bolsillo Deducible Estos planes no tienen deducible. Responsabilidad máxima de tu bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red. | No pagas nada \$3,250 | No pagas nada \$3,250 |
| Cubierta hospitalaria/Cubierta ambulatoria en el hospital Cuidado hospitalario ¹ Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización. Servicios ambulatorios en el hospital ¹ | No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada No pagas nada | No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada No pagas nada |
| Centros de cirugía ambulatoria ¹ | No pagas nada | No pagas nada |
| Visitas a la oficina del médico (Proveedores de Cuidado Primario y Especialistas) <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de Cuidado Primario (PCP) • Especialistas ² | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada |
| Cuidado preventivo ¹ Estarás cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año. | No pagas nada | No pagas nada |
| Cuidado de emergencias/ Servicios urgentemente necesarios Cuidado de emergencias Si eres admitido al hospital, no pagas tu parte del costo (Refiérete a la sección "Cuidado Hospitalario" de este folleto para otros costos). Límite máximo del Plan \$500 para cubierta mundial. Cuidado urgentemente necesario Si eres admitido al hospital, no pagas tu parte del costo. Límite máximo del plan \$500 para cubierta mundial. | No pagas nada <ul style="list-style-type: none"> • Cubierta mundial • \$75 de copago No pagas nada <ul style="list-style-type: none"> • Cubierta mundial • \$75 de copago | No pagas nada <ul style="list-style-type: none"> • Cubierta mundial • \$75 de copago No pagas nada <ul style="list-style-type: none"> • Cubierta mundial • \$75 de copago |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-SNP) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada |
| \$3,250 | \$3,250 | \$3,250 | \$3,250 |
| No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada No pagas nada | No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada No pagas nada | No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada No pagas nada | No pagas nada Unidad Dorada: No pagas nada No pagas nada |
| No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada |
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada |
| No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada |
| No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago | No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago | No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago | No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago No pagas nada • Cubierta mundial \$75 de copago |

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

Servicios diagnósticos/ Laboratorios/Radiología ¹

- Servicios de radiología diagnóstica (ej., MRI)
- Servicios de laboratorio
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Rayos X ambulatorios

Servicios de audición/Servicios dentales/ Servicios de visión

Servicios de audición ¹

- Servicios de audición cubiertos por Medicare
- Audífonos suplementarios
- Servicio de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios

Hasta una evaluación suplementaria anual para ajuste de audífonos.

Servicios dentales ¹

- Servicios dentales cubiertos por Medicare
- Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual*
- Prostodoncia
 - Removable
 - Puente fijo*
 - Implantes*

*Ciertos límites y restricciones aplican.

El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos, ni diagnósticos, ni servicios cubiertos por Medicare ni aquellos servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid). Refiérete a la sección "Servicios Cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico" para más información.

Servicios de visión

- Servicios de visión cubiertos por Medicare ¹
- Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$3,000 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$3,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$800 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$600 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada |

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No cubierto**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No cubierto**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$2,500 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

\$2,500 cada tres (3) años para la compra de audífonos para ambos oídos.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **0%-20%** del costo
- **0%-20%** del costo

- **0%-20%** del costo
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**

- **0%-20%** del costo

- **No cubierto**

- **No pagas nada**

Eres elegible para un máximo de \$1,500 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.

Eres elegible para un máximo de \$1,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.

Eres elegible para un máximo de \$2,000 anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No cubierto**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

\$750 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

\$1,000 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

\$600 anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

Cuidado de salud mental

- Cuidado intrahospitalario ¹
- Visita de terapia grupal ambulatoria ^{1,2}
- Visita de terapia individual ambulatoria ^{1,2}

190 días de hospitalización por cuidado de salud mental, de por vida.
90 días por cuidado intrahospitalario. 60 "días de reserva de por vida".



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Beneficios Adicionales

Reducción a la prima de la Parte B

\$20 mensual

\$92.10 mensual

Cuidado de enfermería especializada ¹

(SNF, por sus siglas en inglés)
Hasta 100 días en un SNF.

No pagas nada

No pagas nada

Terapia física ¹

No pagas nada

No pagas nada

Ambulancia

Autorización requerida, excepto para emergencias.

No pagas nada

No pagas nada

Transportación suplementaria ¹

*Aplica a lugares relacionados con el cuidado de la salud, como: citas con tu médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.

Transportación **ilimitada** desde y hacia las MMM Multiclínicas.

No pagas nada

24 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.

No pagas nada

24 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud.

Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹

- Medicamentos de quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B y de Parte D a Parte B.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <h2>MMM Dorado Platino</h2> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> | <div style="background-color: #FFD700; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <h2>MMM Combo Platino</h2> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> | <div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <h2>MMM Flexi Platino</h2> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> | <div style="background-color: #6AA84F; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <h2>PMC Premier Platino</h2> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- No pagas nada
- No pagas nada
- No pagas nada

- No pagas nada
- No pagas nada
- No pagas nada

- No pagas nada
- No pagas nada
- No pagas nada

- No pagas nada
- No pagas nada
- No pagas nada



| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$100 mensual | \$100 mensual | No aplica | \$35 mensual |
| No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada |
| No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada |
| No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada | No pagas nada |
| No pagas nada 12 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud. | No pagas nada 12 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud. | No pagas nada 12 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud. | No pagas nada 24 viajes de ida o vuelta por un año a lugares relacionados con el cuidado de salud. |

- No pagas nada
- No pagas nada

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

Cuidado del pie ^{1,2}

(servicios de podiatría)

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

6 visitas rutinarias por año para servicios de podiatría suplementarias.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

Equipo médico duradero ¹ /Suministros médicos ¹

- Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)
- Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)
- Suministros médicos
- Suministros para diabéticos

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **0% - 10%** del costo
- **20%** del costo
- **20%** del costo
- **No pagas nada**

Programas de bienestar

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

- Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.
- Línea directa de enfermería (24/7)
- Materiales impresos de educación en salud
- Adiestramiento nutricional

No pagas nada

No pagas nada

Cuidado quiropráctico ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

\$750 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios quiroprácticos suplementarios.

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

- **No pagas nada**
- **No pagas nada**

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada |
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo • 20% del costo • 20% del costo • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada • No pagas nada |
| <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada |

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

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

Si tu plan cubre OTC, refiérete a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Cantidad de beneficio máximo compartido entre OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), dispositivos de seguridad para el hogar y el baño; y beneficio de acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico solamente). Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.

Acupuntura ^{1,2}

- Servicios cubiertos por Medicare
- Servicios suplementarios

Nutricionista

6 visitas por año.

Terapias alternativas

- Naturópata
- Artículos Homeopáticos / Medicina Natural

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

No pagas nada

\$100 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

- No pagas nada
- No pagas nada

\$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

No pagas nada

- No pagas nada

Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.

- No pagas nada

\$100 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

No pagas nada

\$60 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.

- No pagas nada
- No pagas nada

\$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

No pagas nada

- No pagas nada

Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.

- No pagas nada

\$60 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.

| <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) | <div style="background-color: #FFD700; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Combo Platino (HMO D-SNP) | <div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) | <div style="background-color: #3CB371; color: white; padding: 5px;">ESTA ES TU CUBIERTA</div> PMC Premier Platino (HMO D-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>No pagas nada</p> <p>\$35 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p> | <p>No pagas nada</p> <p>\$45 cada tres (3) meses para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p> | <p>No cubierto</p> | <p>No pagas nada</p> <p>\$200 mensuales para artículos o medicamentos fuera del recetario.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada <p>\$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada <p>\$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada <p>\$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada • No pagas nada <p>\$500 anuales para un máximo de 6 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.</p> |
| <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>\$35 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>\$45 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No cubierto | <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>Doce (12) visitas suplementarias al naturópata por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pagas nada <p>\$200 mensual para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.</p> |

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

Acondicionamiento Físico

Para más detalles, puedes hacer referencia a la Lista disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño, y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

MMM Asistencia

Eres elegible para **12** servicios al año por eventos individuales, entre los siguientes:

- Servicios de asistencia en la carretera*
- Reparaciones menores en el hogar*.
- Control de plagas (una (1) visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre (dos (2) al año)).
- Para más detalles, refiérete a tu Evidencia de Cubierta.

*Se cubre una cantidad máxima de **\$300** por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar.

Límites y restricciones pueden aplicar.



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

No pagas nada

\$100 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

No pagas nada

\$100 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

No pagas nada



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

No pagas nada

\$60 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:

- Alfombra de baño médica
- Asiento de inodoro elevado
- Cabezal de ducha de mano
- Alcanzador
- Luz de noche

No pagas nada

\$60 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.

- Pedales para ejercicio físico
- Bandas elásticas para estiramiento

No pagas nada

| <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px;"> <h3>MMM Dorado Platino</h3> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> | <div style="background-color: #FFD700; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px;"> <h3>MMM Combo Platino</h3> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> | <div style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px;"> <h3>MMM Flexi Platino</h3> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> | <div style="background-color: #6AA84F; color: white; padding: 5px;"> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px;"> <h3>PMC Premier Platino</h3> <p>(HMO D-SNP)</p> </div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>No pagas nada</p> <p>\$35 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche | <p>No pagas nada</p> <p>\$45 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche | <p>No cubierto</p> | <p>No pagas nada</p> <p>\$200 mensual para ser utilizado para la compra de los siguientes artículos cubiertos a través del catálogo de OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfombra de baño médica - Asiento de inodoro elevado - Cabezal de ducha de mano - Alcanzador - Luz de noche |
| <p>No pagas nada</p> <p>\$35 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento | <p>No pagas nada</p> <p>\$45 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento | <p>No cubierto</p> | <p>No pagas nada</p> <p>\$200 mensual para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedales para ejercicio físico - Bandas elásticas para estiramiento |
| <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> | <p>No pagas nada</p> |

Resumen de Beneficios

Prima y Beneficios



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

\$85 mensual



ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Relax Platino (HMO D-SNP)

\$130 mensual

MMM Flexi Card

Recibirás una cantidad mensual con la que podrás adquirir los siguientes:

- Comida preparada
- Alimentos y provisiones
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Entretenimiento (conciertos, teatro, cine, etc.)
- Utilidades
- Artículos adicionales de OTC
- Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria, y membresía de gimnasio)
- Cuidado de mascotas
- Artículos de jardinería / ferretería
- Servicios de cuidado personal, como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / anti-manchas
- Electrodomésticos
- Toallas, ropa de cama y ropa
- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios
- Espejuelos ((monturas y lentes), lentes de contacto o mejoras)
- Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos))
- Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (exámenes orales, rayos X, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, dentaduras fijas, cirugías orales/maxilofaciales, servicios generales complementarios y otros servicios diagnósticos dentales)
- Copagos/ Coaseguros

Recibirás una tarjeta en la cual se depositará la cantidad asignada cada mes. El dinero que no utilices, se acumula para el próximo mes durante el año contrato 2025.

| <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-SNP) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| \$145 mensual | \$120 mensual | \$263 mensual | \$85 mensual |

Resumen de Beneficios

| Etapa | Nivel de Medicamento | Copago / Coaseguro Farmacias al detal (30 días) | Copago / Coaseguro Farmacias al detal y órdenes por correo (90 días) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible | | \$0 | \$0 |
| Cubierta Inicial (lo que pagas hasta que el costo de tu bolsillo alcance \$2,000) | Medicamentos Cubiertos | \$0 | \$0 |
| Cubierta Catastrófica (lo que pagas luego de alcanzar \$2,000 en costos de tu bolsillo) | Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de tus medicamentos | | |

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

Cubiertas **HMO D-SNP**

Servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid

Contratos H4003 017, 058 y H4004 048, 062, 068 y 069

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos 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. Lo que pagas por servicios cubiertos dependerá de tu nivel de elegibilidad de Medicaid.

No importa cuál sea tu nivel de elegibilidad de Medicaid, MMM Diamante Platino (HMO D-SNP), MMM Relax Platino (HMO D-SNP), MMM Combo Platino (HMO D-SNP), MMM Flexi Platino (HMO

D-SNP), MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) y PMC Premier Platino (HMO D-SNP) cubrirán los beneficios descritos en la sección de Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos de este Resumen de Beneficios.

Si tienes preguntas sobre tu elegibilidad para Medicaid y a cuáles beneficios tienes derecho, llama al:

1-866-333-5470 (libre de cargos),

TTY: **711** (audio impedidos).



Resumen de Beneficios

| Categoría de Beneficio | Plan Medicaid Estatal | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de Hospitalización | <p>Admisiones: Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0</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 apliquen la cubierta de Medicare y el <i>wrap around</i> de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.</p> <p>Cubierta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sala de aislamiento por razones médicas.- Diagnóstico y tratamiento especializado como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializados que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado.- Servicios de rehabilitación a corto plazo: para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla. <p>Sangre: sangre, plasma y sus derivados sin limitaciones para incluir sangre 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> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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 |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospitalización por Condiciones Mentales | <p>Admisiones:</p> <p>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 apliquen la cubierta de Medicare y el wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| Hospitalización por Trastorno por uso de Sustancias | <p>Admisiones:</p> <p>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 apliquen la cubierta de Medicare y el <i>wrap around</i> de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |
| Laboratorios y Laboratorios de Alta Tecnología | <p>Laboratorios Clínicos y de Alta Tecnología**</p> <p>Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0</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, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los certificados de salud están cubiertos por el GHP, siempre que los costos compartidos y/o deducibles aplicables a los procedimientos necesarios y las pruebas de laboratorio relacionadas con la generación de un certificado de salud sean responsabilidad del afiliado. Dichos certificados incluirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas ("VDRL"). • Pruebas de tuberculosis ("TB"); y • Cualquier certificación para afiliados de GHP relacionada con la elegibilidad para el programa Medicaid (proporcionada sin costo). <p>**Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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> |
| <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 | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Servicios Ambulatorios para Trastorno por Uso de Sustancias | Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0 <i>La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y el wrap around de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage, pero incluido como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semiprivada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas al día), todos los días naturales del año.</i> | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA</p> <p>MMM Relax Platino (HMO D-SNP)</p> | <p><input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA</p> <p>MMM Dorado Platino (HMO D-SNP)</p> | <p><input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA</p> <p>MMM Combo Platino (HMO D-SNP)</p> | <p><input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA</p> <p>MMM Flexi Platino (HMO D-SNP)</p> | <p><input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA</p> <p>PMC Premier Platino (HMO D-SNP)</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> |

\$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 | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales | Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0 Todos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y emergencias e intervención en crisis, las veinticuatro (24) horas del día, siete (7) días de la semana, no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Visitas Ambulatorias | Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista y Servicios Prenatales Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0 | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Cesación de Tabaco | Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0 Servicios para cesación de tabaco 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 sean médicamente necesarios y recetados por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas, con y sin receta, según indicadas por un médico. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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> |
| <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 | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 certificado por un médico.</p> <p>Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico.</p> <p>Servicios prenatales.</p> | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Médico y Quirúrgico | <p>Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0</p> <p>Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu 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 afiliado al haber completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización.</p> | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Servicios de Visión | <p>Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$1 Código de Cubierta 120-\$1.50 Código de Cubierta 130-\$2</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Espeuelos o lentes para beneficiarios entre las edades de 0 a >21 años, se cubrirán cuando sea médicamente necesario, el beneficio de espeuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espeuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación y reemplazo de espeuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.</p> | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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> |
| <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 |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exámenes de Audición | Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0 Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluido en el Plan del Estado. Audífonos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Terapia física, ocupacional y del habla | Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0 Cubierto sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del <i>wrap around</i> . | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| Medicamentos Recetados | 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 Preferidos (Adultos)** Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$1 Código de Cubierta 120-\$2 Código de Cubierta 130-\$3 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 continúa... | Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. \$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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> |
| <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

Resumen de Beneficios

Categoría de Beneficio

Plan Medicaid Estatal

ESTA ES TU CUBIERTA

MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)

Medicamentos Recetados (continuación)

No-Preferidos (Adultos)**

Código de Cubierta 100-\$0
Código de Cubierta 110-\$3
Código de Cubierta 120-\$4
Código de Cubierta 130-\$6

Abuso de sustancias ambulatorio

Código de Cubierta 100-\$0
Código de Cubierta 110-\$0
Código de Cubierta 120-\$0
Código de Cubierta 130-\$0

Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu 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.

El medicamento tiene que aparecer en el formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y tiene que estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. También tiene que 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 para la posible aprobación de un medicamento no cubierto. Si se sostiene la denegación durante el proceso de excepción por parte de la Organización Medicare Advantage, incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto por el Formulario del Plan de Salud del Gobierno, el medicamento será cubierto por el *wrap around*. El médico tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan Medicare Advantage en la categoría de medicamento necesario.
- Para que se consideren los medicamentos del *wrap around*, estos tienen que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Todos los Formularios de medicamentos Parte D de las Organizaciones Medicare Advantage deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del Plan de Salud del Gobierno.

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

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

Medicamentos Cubiertos

\$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Medicamentos Cubiertos \$0 de copago por suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos 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 bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>\$0 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

Resumen de Beneficios

| Categoría de Beneficio | Plan Medicaid Estatal | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0</p> <p>Restaurativo Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0</p> <p>Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los siguientes son beneficios 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 (21) años;- Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún (21) años;- 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 (1) examen oral completo al año;- Un (1) examen periódico cada seis meses;- Un (1) examen oral limitado a un problema definido;- Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres (3) años;- Una (1) radiografía inicial periapical/intraoral;- Hasta cinco (5) radiografías periapicales/intraorales adicionales por año;- Una (1) radiografía sencilla de mordida al año; <p>continúa...</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

| <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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 | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos (continuación) | <ul style="list-style-type: none">- Una (1) radiografía doble de mordida al año;- Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años;- Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses;- Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses;- Una (1) aplicación tópica de fluoruro cada seis (6) meses para los afiliados menores de diecinueve (19) años de edad;- Selladores de fisura de por vida para los afiliados hasta los catorce (14) años de edad, (incluyendo molares deciduos hasta los ocho (8) años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries);- Restauración de amalgama;- Restauraciones de resina;- Endodoncia ("root canal");- Tratamiento paliativo; y- Cirugía oral;- Servicios de sedación y anestesia para beneficiarios con discapacidades físicas o mentales de conformidad con las leyes locales;- Raspado periodontal y alisado radicular hasta 4 cuadrantes por beneficiario;- Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior);- Visitas al hospital;- Todas las limitaciones se pueden exceder en función de la necesidad médica y se pueden aprobar mediante una preautorización o un proceso de exención. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |
| 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 Medicare.2. Formulario de la Parte D de la Organización de Medicare Advantage.3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización de Medicare Advantage.4. No cubiertos por el Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico pero incluidos en el Plan del Estado. <p>Vacunas</p> <p><u>Todas las vacunas requeridas para pacientes postransplante de médula ósea</u></p> | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> MMM Relax Platino (HMO D-SNP) </div> | <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) </div> | <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> MMM Combo Platino (HMO D-SNP) </div> | <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) </div> | <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA </div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px;"> PMC Premier Platino (HMO D-SNP) </div> |
| <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 | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 tu plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <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/remoción de productos no orales, 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 sean médicamente necesarios y aprobados 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:<ul style="list-style-type: none">- Contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que puedan 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. | \$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. |

|  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) |  ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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 | ESTA ES TU CUBIERTA MMM Diamante Platino (HMO D-SNP) |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Otros Servicios | <p>Rayos X**/Pruebas Diagnósticas Especiales**/ Terapia Respiratoria/Cuidado de Salud Infantil/ Cirugía Ambulatoria Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$0 Código de Cubierta 120-\$0 Código de Cubierta 130-\$0</p> <p>Examen Físico/Cubierta Especial Código de Cubierta 100-\$0 Código de Cubierta 110-\$1 Código de Cubierta 120-\$1.50 Código de Cubierta 130-\$2</p> <p>** Solo aplica a Pruebas Diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un tratamiento preventivo.</p> | <p>\$0 por beneficio cubierto bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p> |

| <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Relax Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Dorado Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Combo Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA MMM Flexi Platino (HMO D-SNP) | <input type="checkbox"/> ESTA ES TU CUBIERTA PMC Premier Platino (HMO D-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> |

Cubiertas **HMO D-SNP**

Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del *wrap around*.

Los servicios en el *wrap* Platino están sujetos a los copagos máximos en la tabla con excepciones y cero copagos para beneficiarios de Medicaid / CHIP y algunos servicios, a continuación:

1. Los siguientes Beneficiarios de Medicaid / CHIP* están exentos de copagos independientemente del código de su cubierta:
 - Niños desde 0 a menos de 21 años de edad (0-20 años de edad, inclusive);
 - Mujeres embarazadas (durante el embarazo y los 60 días subsiguientes al periodo de parto);
 - Los nativos americanos y nativos de Alaska (AI/AN);
 - Las personas hospitalizadas; y
 - Las personas que reciben cuidados de hospicio.
2. Los Beneficiarios de Medicaid / CHIP* están exentos de copagos cuando reciben cualquiera de los siguientes servicios:
 - Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, servicios de hospital y de post-estabilización según definido en las regulaciones federales 1932(b)(2) del Acta y 42 CFR 438.114(a);
 - Servicios de planificación familiar y suministros;
 - Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad (0-17 años de edad; inclusive);
 - Servicios relacionados al embarazo y consejería y cesación de uso de drogas y tabaco;
 - Servicios preventivos del proveedor según se define en 42 CFR 447.26(b);
3. No copago para los servicios provistos por proveedores participantes de la Red Preferida. Las farmacias y dentistas no son parte de la red Preferida de Proveedores; y
4. Copago por visita no emergente a sala de emergencia de un hospital puede ser eliminado llamando al centro de llamadas del MCO y recibiendo un código que exima del copago.
5. La tabla del *wrap around* está sujeta a cambios a partir del 01/01/2025.

*No aplica a Medicare Platino.

An elderly couple is shown from the chest up, smiling warmly as they look at a laptop screen. The woman, on the left, has short, styled grey hair and is wearing a beige top and a gold necklace. The man, on the right, has short grey hair and is wearing a white shirt and a gold watch. They are both looking towards the laptop, which is partially visible at the bottom of the frame. In the top left corner, there are two curved, overlapping shapes in teal and yellow-green. A teal rectangular box is positioned over the lower-left portion of the image, containing the text.

***Beneficios
más allá
de Medicare
Original***



MULTICLÍNICA

Conoce nuestra **red de clínicas** **con especialistas, ¡hechas pa' ti!**

Consigue **tus especialistas en un solo lugar**, para recibir un cuidado de primera de forma conveniente y ágil.



**Transportación
ilimitada**

a tus citas desde y hacia
las Multiclínicas



Consigue tus
**citas en tiempo
razonable**



Abierto de
**lunes
a viernes**

Tenemos **múltiples clínicas alrededor de la Isla**, para brindarle cuidado especializado, accesible y exclusivo a nuestros afiliados de MMM.



Más de **15 de las especialidades de mayor demanda en Puerto Rico**, entre ellas:

- Cardiología
- Nefrología
- Psicología
- Dermatología
- Neumología
- Reumatología
- Endocrinología
- Neurología
- Urología
- Farmacéutico
- Nutrición
- Uroginecología
- Gastroenterología
- Oftalmología
- Ginecología
- Podiatría



COPAGO

en todos los servicios

¡Sin referido!

*Servicios varían por clínica. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. Exclusivas para Afiliados de MMM.



MULTICLÍNICA

***Te llevamos
gratis a
tus citas.***

¡Llegarás a tiempo!

Por ser afiliado(a) de MMM, tienes **transportación ilimitada a tus citas en cualquiera de las Multiclínicas alrededor de la Isla.**

Además, puedes llevar un acompañante, si es mayor de 18 años.

Mira más información sobre el programa **MMM a Tu Cita** en la página 66.



Solo tienes que solicitar el servicio **al menos 5 días antes de la cita.**



Servicios dentales en Multiclínicas participantes.



MMM Multiclínica fortalece continuamente su red, ahora con beneficios y servicios para tu salud oral.

Para la conveniencia de nuestros afiliados, coordinamos esta atención con los expertos en salud oral: **Masters Dental Clinic**.

Al momento, puedes recibir servicios como:



Implantes



Limpieza



Puentes

en las instalaciones de **Masters Dental Clinic** en **Humacao, Aibonito y Canóvanas**.



COASEGURO

en **servicios dentales coordinados** para **afiliados de MMM** a través de

MMM Multiclínica

Sujeto al límite máximo de tu cubierta con MMM.



CENTRO DE
URGENCIA

*Para cuando
necesites
**atención
inmediata.***

***En cualquier momento,
puede surgir una necesidad
médica inesperada.***

La red **MMM Centros de Urgencia** alrededor de la Isla atiende casos que ameritan cuidado, pero no requieren una sala de emergencia.

Tenemos más de 70 Centros de Urgencia que atienden a nuestros afiliados con alguna lesión o malestar menos grave, cuando no tienen acceso inmediato a su médico de cabecera.



COPAGO

**en todos
los servicios**

Contamos con alrededor de
70 CENTROS
disponibles para ti.



Visita tu Centro de Urgencia más cercano si tienes:

Síntomas:

- Tos/gripe
- Problemas respiratorios menores
- Fiebre y dolores musculares
- Mareos leves
- Indigestión
- Quemaduras leves
- Virus estomacal
- Dolor abdominal leve o moderado
- Dolor de oído o de cabeza
- Erupción en la piel y reacciones alérgicas
- Otros tipos de malestar general que no pongan en riesgo la vida
- Entre otras

Además:

- Cuidado y tratamiento coordinado con el médico primario.
- Servicios de laboratorio y/o rayos X
- Horarios extendidos, algunos centros abiertos las 24 horas
- Atención más rápida que en una sala de emergencia

Consigue las localidades de los diferentes Centros en el Directorio de Proveedores y Farmacias, en nuestra página de Internet, o escaneando el código QR





UNIDAD
DORADA

Un sistema completo de atención en el hospital

La **Unidad Dorada** en hospitales participantes trabaja para que tanto el paciente como su acompañante tengan la mejor experiencia posible, durante y después de la hospitalización.



EXCLUSIVO PARA AFILIADOS DE MMM

OFRECEMOS:

Durante la hospitalización:

- Kit con artículos para facilitar la estadía en el hospital
- Personal clínico y administrativo de MMM en seguimiento al tratamiento
- Médico especializado en úlceras
- Servicios de salud mental y trabajo social, si es necesario

Después del alta:

- Planificadores de alta
- Coordinación de citas, servicios y equipo médico para después del alta
- Medicamentos recetados a la mano al salir del hospital
- Mucho más



**Tu acompañante o cuidador
tendrá acceso al salón de
descanso donde podrá tomar
café, ver televisión, o leer
durante tu estadía.**



Hospitales participantes

- Bayamón Medical Center
- Doctor's Center, Carolina
- Hospital Pavía, Caguas
- Hospital Pavía, Santurce
- Manatí Medical Center
- Mayagüez Medical Center
- Hospital Episcopal San Lucas, Ponce

98%* **de nuestros afiliados están satisfechos con
los servicios que reciben en la Unidad Dorada**

*Dato obtenido de la encuesta realizada a pacientes y cuidadores al momento del alta en la Unidad Dorada de MMM.



FLEXI CARD

**Más acceso
a productos
y servicios.**

**¡LA CONVENIENCIA
DE TENER MÁS!**



El dinero que no uses, lo **acumulas para el próximo mes** durante el año de cubierta 2025.

¡Tan simple como esto!



**TODOS
CUALIFICAN
¡SIN SORPRESAS!**

Este beneficio varía por cubierta. Recibirás una tarjeta en la que se depositará la cantidad asignada cada mes. Límites y restricciones pueden aplicar. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EO) o llama a Servicios al Afiliado.

Esta es la tarjeta para afiliados de MMM

que puedes usar en una gran variedad de lugares, para pagar por una extensa lista de productos y servicios.

Con la **MMM Flexi Card**, puedes pagar por:



Alimentos y provisiones en supermercados



Gasolina



Comidas preparadas



Artículos OTC



Entretenimiento



Artículos de ferretería



Artículos de jardinería



Artículos para cuidado de mascotas

y ahora con los nuevos usos:



Audífonos



Monturas y lentes para espejuelos



Servicios dentales comprensivos



Gimnasio

Para ver la lista de todos los comercios participantes, escanea el código QR





***¡Fácil y
conveniente!***



**ES TAN FÁCIL
COMO:**

1 
ESCOGE

2 
ORDENA

3 
RECIBE

Aprovecha el Programa **OTC a Tu Puerta**, con el que puedes seleccionar de entre **más de 400 artículos** de nuestro catálogo.

✓ **Puedes ordenar**

A través de la **Aplicación Móvil MMM**, donde también puedes ver el **Catálogo** más actualizado o por teléfono.

✓ **Puedes recibir tus artículos**

- ¡Justo a la puerta de tu casa!
En 5 días laborables o menos.
- En tu farmacia favorita de la red.

Beneficio varía por cubierta



Disfruta este beneficio hecho pa' ti.

Con la conveniencia de una extensa variedad de artículos de uso frecuente **que llegarán directamente a tu hogar.**

- ✓ **Productos Naturales**
- ✓ **Productos de Marca**
- ✓ **y muchos más**

Para ver el Catálogo 2025,
escanea el código QR





ASISTENCIA

*¡Estamos
para lo que
necesites!*

En tu casa:



Plomería

Destape de tuberías sanitarias.



Cerrajería

Reestablecer acceso a tu residencia.



Electricidad

Cambio de *breakers* a causa de corto circuito.



Fumigación sencilla

Contra hormigas y cucarachas, en el interior o exterior del hogar.

Limitado a fumigación sencilla contra hormigas y cucarachas, en interior y exterior del hogar (eventos separados). Una (1) cada semestre. Dos (2) por año.

En la carretera¹:



Gomas

Cambio de goma vacía por goma de repuesto.



Gasolina

Suministro de gasolina hasta dos (2) galones.



Batería

Recarga de batería.



Cerrajería

Recuperar acceso a tu vehículo.



Grúa

Servicio de grúa o remolque hasta 65 millas de distancia.



Extracción

Extracción de vehículo.

**TODOS
CUALIFICAN
¡SIN SORPRESAS!**

1. El vehículo debe tener 15 años o menos.

Doce (12) servicios, \$300 por evento para asistencia en la carretera y/o reparaciones menores en el hogar. Límites y restricciones pueden aplicar. Para más información, refiérete a tu Evidencia de Cubierta (EOC) o llama a Servicios al Afiliado.



 **ORLANDO**
FAMILY PHYSICIANS

*Porque viajar es lo tuyo, **te cubrimos hasta en la Florida.***

COMO AFILIADO DE MMM,

tendrás acceso a los cuidados y servicios médicos de **Orlando Family Physicians**, el grupo médico hispano más grande en la Florida Central.

En los centros de Orlando Family Physicians:



Pagas lo mismo que en Puerto Rico sin alterar la cubierta en o fuera de la red.



Te atienden **médicos primarios y especialistas.**



Tienen **acceso a tus récords de salud**, para un cuidado médico coordinado.

Para más información sobre los servicios y dónde los puedes encontrar, escanea el código QR





A TU CITA

¿Estás a pie?
Con **MMM**, llegas
A TU CITA

Con este servicio, nos encargamos de enviarte un chofer para que te lleve a tu cita médica, laboratorio o centro de estudios clínicos.

Llegas a tiempo, cómodo y seguro.

Para coordinar el servicio, tan solo

1 **Obtén una cita médica**
con tu proveedor de salud.

2 **Llámanos 5 días** laborables
antes de tu cita.

iPendiente! Te enviaremos un enlace por texto para que sepas por dónde va el chofer que te recogerá.

Recuerda solicitar el servicio
al menos 5 días antes de la cita.



ESPEJUELOS

*¡Para
verte
mejor!*

Como afiliado de MMM, tendrás hasta **\$1,000** en la cubierta de visión para espejuelos y/o lentes de contacto.

Además, puedes escoger:



**Lentes regulares,
bifocales, trifocales
o de transición**



**Reparación
de espejuelos**



**Tratamientos
antirreflectivos y
contra rayazos**



**Variedad
de monturas**



**Ópticas dentro
de nuestra red**

Beneficio varía por cubierta.



DENTAL COMPRESIVO

**Una sonrisa
hermosa**
empieza con una
boca saludable.

Para que recibas un excelente cuidado oral,
 tienes disponibles estos servicios:



Coronas



**Puentes
fijos**



**Remoción
de torus**



Implantes



**Cirugía
ósea**



Frenectomía

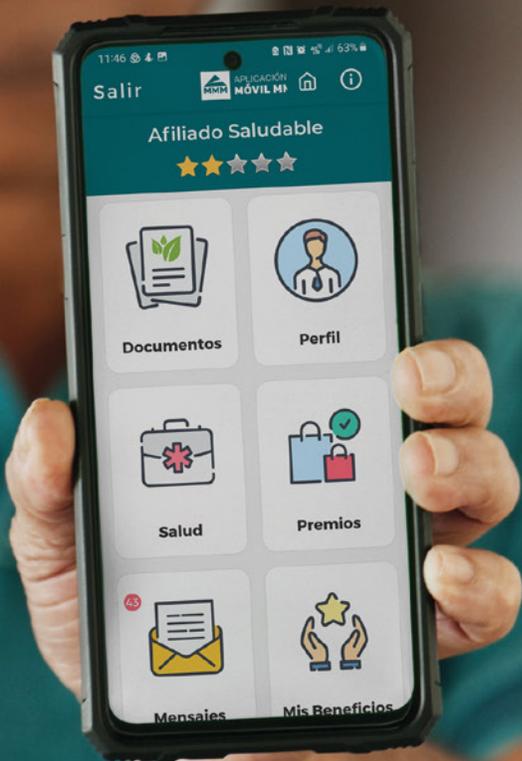


**Dentadura
parcial**



**Dentadura
completa**

Reglas de autorización pueden aplicar para los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no es aplicable ni a servicios preventivos ni diagnósticos, ni a servicios cubiertos por Medicare, ni aquellos servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid). Límites y restricciones pueden aplicar.



APLICACIÓN
MÓVIL MMM

**Tecnología
a tu alcance**
ten a mano tu
información de salud.

PODRÁS VER:



La versión digital de la **tarjeta del plan**



El estatus de tus preautorizaciones



El directorio de Proveedores y Farmacias de la red



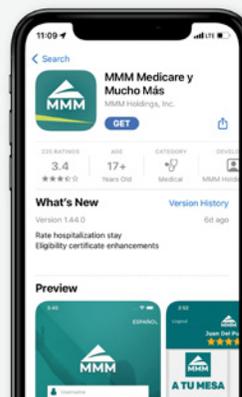
El Catálogo OTC a Tu Puerta y hacer tu pedido



Periódico digital

Una aplicación segura, fácil de usar, donde podrás tener acceso a los datos, tal y como aparecen en los sistemas del plan.

Además, puedes realizar gestiones como solicitar duplicado de la tarjeta, solicitar reembolsos, solicitar recompensas por cumplir con medidas preventivas, solicitar servicios de **MMM Asistencia** y mucho más.

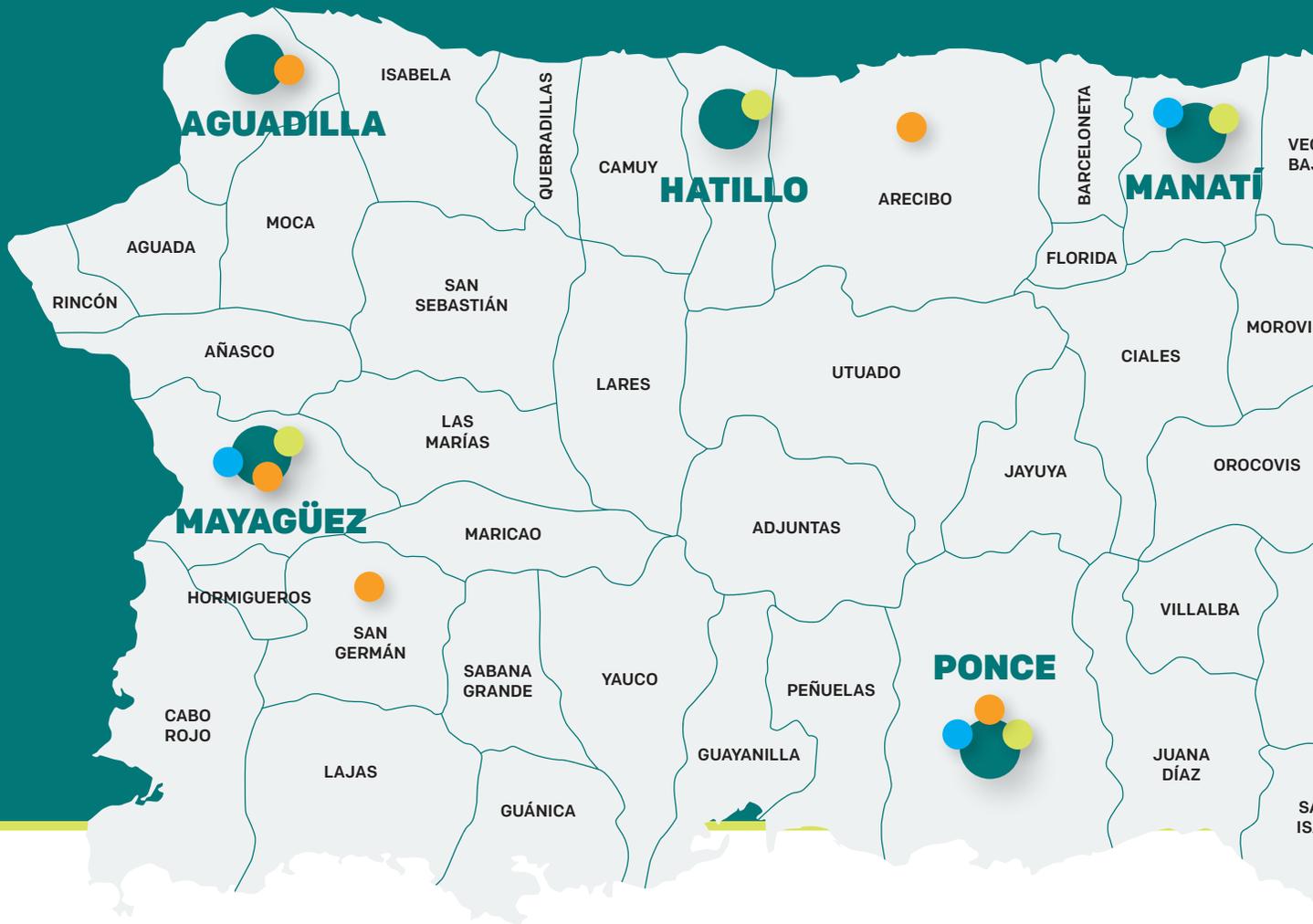


iDescárgala hoy en tu celular o tableta!



MMM Medicare y Mucho Más
MMM Holdings, Inc.





● Oficinas MMM Regionales

● MMM Members Club

Contactos de **Oficinas de Servicio**

Aguadilla

787-622-3000 ext. 57010

Bayamón

787-622-3000 ext. 57040

Caguas

787-622-3000 ext. 57100

Canóvanas

787-622-3000 ext. 57070

Carolina

787-622-3000 ext. 57060

Guayama

787-622-3000 ext. 57110



 **MMM**
Multiclínica

 **MMM**
Unidad Dorada

Hatillo

787-622-3000 ext. 57020

Humacao

787-622-3000 ext. 57090

Manatí

787-622-3000 ext. 57030

Mayagüez

787-622-3000 ext. 57130

Ponce

787-622-3000 ext. 57120

San Juan

787-622-3000 ext. 8100

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más
- Algunas 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 te cubre:

- Cuidado como paciente hospitalizado
- Cuidado en centros de enfermería especializada
- Cuidado de salud en el hogar
- Cuidado de hospicio

PARTE B:

Cubierta médica; ayuda a cubrir:

- Servicios de 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.

En Puerto Rico, cuando eres elegible a la Parte A de Medicare, tienes que 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, ello puede implicar penalidades económicas que impone Medicare en tu prima de la Parte B.

PARTE C:

Planes Medicare Advantage

Son planes privados con contrato y aprobación de Medicare. Cubren todos los beneficios que cubren las Partes A y 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, tienes que:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos de América o contar con presencia legal en los EE. UU.
- Tener las Partes A y B de Medicare.
- Residir permanentemente en el área de servicio del plan.

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 estás viajando fuera de Puerto Rico o Estados Unidos.
- Medicamentos recetados.
- Otras ventajas adicionales.

PARTE D:

Cubierta de Medicamentos Recetados

Aseguradoras privadas, aprobadas por Medicare, pueden ofrecer cubierta de la Parte D que ayudan 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 aplica.
- Cualquier pago de tu 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.

Períodos de Afiliación

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



Período de Afiliación Anual 15 de octubre al 7 de diciembre

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



Período Abierto de Afiliación Medicare Advantage 1 de enero al 31 de marzo

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

- Cambiarte a un plan Medicare Advantage diferente
- Desafiliarte de tu 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 (7) 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 para un Periodo de Afiliación Especial.



Período de Afiliación Especial para Individuos Duales

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación solo durante algunos momentos del año. Si usted tiene Medicaid, pudiese cancelar su afiliación en nuestro plan en cualquier momento del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, que incluyen:

- Medicare Original con un plan Medicare aparte de medicamentos recetados.
- Medicare Original sin un plan Medicare aparte de medicamentos recetados.
(Si escoge esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan, a menos que usted haya declinado la inscripción automática)
- ó
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinde su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

¿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.



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 cargos), TTY: 711 (audio impedidos).

Entendiendo los beneficios

- La Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los beneficios y servicios. Es importante revisar la cubierta de su plan, los costos, y los beneficios antes de afiliarse. Visite www.mmmpr.com o llame al 1-866-333-5470 (libre de cargos), TTY: 711 (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para estar seguro de que los médicos que usted visita ahora se encuentran en la red. Si no aparecen, eso significa que usted tendría que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para estar seguro de 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.
- Revise el formulario para estar seguro de que los medicamentos que usa están cubiertos.

Entendiendo Reglas Importantes

- Efecto sobre la cubierta actual**
Su cubierta de atención médica actual terminará una vez que comience su nueva cubierta de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cubierta.
- Además de la prima mensual del plan, 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 pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- 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 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 atenderle. Excepto en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden rechazar atenderle. 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 basada en la verificación de que es elegible tanto para Medicare como para la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.



La discriminación es ilegal

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 manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares apropiados gratis y servicios para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información impresa escrita en otros formatos (letra agrandada, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios de asistencia lingüísticas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, que pueden incluir:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información impresa escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si entiende que MMM Healthcare, LLC., no le proporcionó estos servicios o discriminó en su contra de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querrela ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114 San Juan PR 00936-8014, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmmhc.com (correo electrónico). Puede radicar su querrela en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una querrela de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del 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 querrela en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-5470 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-5470 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-866-333-5470 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-866-333-5470 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-5470 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-5470 (ATS: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-5470 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-5470 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-5470 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-5470 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-866-333-5470. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-5470 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-5470 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-5470 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-5470 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-5470 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-333-5470 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Ukrainian: У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наше здоров'я або план наркотиків. Щоб отримати перекладача, просто зателефонуйте нам за адресою 1-866-333-5470 (телетайп: 711). Той, хто говорить англійською / мовою, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

Catalan: Disposem de serveis d'interpret gratuït per respondre a qualsevol pregunta que pugui tenir sobre el nostre pla de salut o medicaments. Per aconseguir un intèrpret, només cal que ens truquis al 1-866-333-5470 (TTY:711). Algú que parla anglès/idioma us pot ajudar. És un servei gratuït.



PO BOX 71114
SAN JUAN, PR 00936-8014



¡HECHO PA' MÍ!

Representante de ventas:

Teléfono: _____

Cubierta: _____

1-833-647-9555

(libre de cargos)

TTY: 711

(audio impedidos)

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



www.mmmpr.com



Si eres afiliado de MMM, llama a Servicios al Afiliado al: **1-866-333-5470** (libre de cargos),
TTY: **711** (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.