

# MMM PLENITUD

(HMO-POS)

## 20 **Resumen** 22 de Beneficios

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO POS con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.  
Y0049\_2022 1099 0005 2\_M



## **Resumen de Beneficios 2022**

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

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

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

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

**¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarte. Por favor, llama a Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469. Estamos disponibles para tus llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.**

**Las llamadas a estos números son libres de cargos.**

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

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

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

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

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

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

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Puedes ver nuestro formulario de medicamentos recetados y directorio de proveedores y farmacias en nuestra página de Internet ([www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com)), o si deseas una copia, llámanos y te enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarse a MMM Plenitud (HMO-POS), tienes que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, y vivir en el área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

## Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

Servicios con un 1: pueden requerir preautorización.

Servicios con un 2: beneficio fuera de la red, 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$5,000. Requiere preautorización.

Servicios con un 3: \$0 de copago para servicios disponibles en las Clínicas Multiespecialidad.

# CONOCE TU TIPO DE CUBIERTA

---

## **HMO-POS:**

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

Los planes “POS” te permiten acceso a servicios médicos con proveedores fuera de la red en los Estados Unidos y sus territorios, por un costo compartido mayor (copagos o coaseguros). Nuestros planes HMO-POS cuentan con un beneficio máximo anual de \$5,000 para servicios fuera de la red. Al igual que con un HMO, tienes que seleccionar tu médico primario para coordinar tus servicios dentro de la red de proveedores contratados por el plan.

# MMM PLENITUD

(HMO-POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM PLENITUD (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Prima mensual del plan	\$0	
Reducción a la prima de la Parte B	\$40 mensuales	
Deducible	No paga nada	Este plan no tiene deducible
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$3,250	Para servicios que recibas de proveedores de nuestra red y fuera de la red.
Cuidado hospitalario <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Red Preferida: <b>No paga nada</b></li><li>• <b>No paga nada</b> en Unidad Dorada</li><li>• Red General: \$50 de copago</li></ul>	Nuestros planes cubren un número ilimitado de días de hospitalización.
Servicios ambulatorios en el hospital <sup>1,2</sup>	\$25 de copago	
Centro de cirugía ambulatoria <sup>1,2</sup>	No paga nada	
Visitas a la oficina del médico <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proveedores de Cuidado Primario</li><li>• Especialistas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• <b>No paga nada</b></li></ul>	

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM PLENITUD (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<p><b>Cuidado preventivo</b> <sup>1,2</sup></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p>Estará cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.</p>
<p><b>Cuidado de emergencia</b></p> <p>Límite máximo del plan <b>\$500</b> para cubierta mundial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago</li> <li>• Cubierta mundial: <b>\$100</b> de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si eres admitido al hospital el mismo día por la misma condición, no pagas tu parte del costo por cuidado de sala de emergencias.</li> <li>• Ver la sección “Cuidado hospitalario” de este folleto para otros costos.</li> </ul>
<p><b>Cuidado urgentemente necesario</b></p> <p>Límite máximo del plan <b>\$500</b> para cubierta mundial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierta mundial: <b>\$100</b> de copago</li> </ul>	
<p><b>Servicios diagnósticos</b> <b>Laboratorios / Radiología</b><sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI)<sup>3</sup></li> <li>• Servicios de laboratorio<sup>3</sup></li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Rayos X ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0-\$25</b> de copago</li> <li>• <b>0%-20%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	
<p><b>Servicios de audición</b><sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Audífonos suplementarios</li> <li>• Examen rutinario</li> <li>• Servicios de evaluación para ajuste de audífonos suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Hasta <b>\$1,250</b> cada tres años para comprar audífonos para ambos oídos.</p> <p>Un examen rutinario de audición suplementario por año y un ajuste/ evaluación de audífonos suplementarios por año.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM PLENITUD (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<b>Servicios dentales<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos<sup>2</sup></li> <li>• Poste y reconstrucción de muñón y/o corona individual*</li> <li>• Protodoncia*                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Removible</li> <li>○ Puente fijo</li> <li>○ Implantes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Hasta <b>\$5,000</b> anuales para todos los servicios dentales comprensivos suplementarios adicionales. El tope máximo del plan no aplica ni para servicios preventivos ni diagnósticos.</p> <p>*Ciertos límites y restricciones aplican. 50% de coaseguro aplica fuera de la red. Requiere preautorización.</p>
<b>Servicios de visión<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo.</li> <li>• Examen visual de rutina</li> <li>• Espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Hasta <b>\$850</b> anuales para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto. Un examen rutinario de visión suplementario por año.</p> <p>La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>
<b>Cuidado de salud mental<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado hospitalario</li> <li>• Visita de terapia grupal ambulatoria</li> <li>• Visita de terapia individual ambulatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> de copago</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.</p> <p>Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario.</p> <p>Hasta 60 “días de reserva de por vida”.</p>
<b>Cuidado de Enfermería Especializada</b> (SNF, por sus siglas en inglés) <sup>1,2</sup>	<b>No paga nada</b>	Hasta 100 días en un SNF.
<b>Terapia física<sup>1,2,3</sup></b>	<b>\$0-\$4</b> de copago	
<b>Ambulancia<sup>1,2</sup></b>	<b>No paga nada</b>	Autorización requerida, excepto para emergencias.

PRIMA Y BENEFICIOS	MMM PLENITUD (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
<b>Transportación suplementaria<sup>1</sup></b>	<b>No paga nada</b>	Viajes <b>ilimitados</b> de ida o vuelta por año a lugares relacionados con el cuidado de la salud.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>0%-10%</b> del costo</li> </ul>	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

## BENEFICIOS ADICIONALES

<b>Cuidado del pie<sup>1,2</sup></b> <b>(servicios de podiatría)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	Este plan cubre hasta <b>6</b> visitas suplementarias por año para servicios de podiatría.
<b>Equipo médico duradero / Suministros médicos<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li> <li>• Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)</li> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Suministros para diabéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>5%</b> del costo</li> <li>• <b>5%</b> del costo</li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	

# MMM PLENITUD

(HMO-POS)



PRIMA Y BENEFICIOS	MMM PLENITUD (HMO-POS)	LO QUE DEBES SABER
Programas de bienestar	No paga nada	Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.</li><li>• Línea directa de enfermería (24/7)</li><li>• Materiales impresos de educación en salud</li><li>• Adiestramiento nutricional</li></ul>
<b>Cuidado quiropráctico<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare</li><li>• Servicios suplementarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No paga nada</li><li>• No paga nada</li></ul>	Hasta <b>\$1,000</b> anuales para un máximo de hasta <b>8</b> visitas rutinarias por año para servicios quiroprácticos suplementarios.
Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	No paga nada	Hasta <b>\$90</b> cada tres meses para artículos o medicamentos fuera del recetario. Para más detalles puedes hacer referencia a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo de OTC a Tu Puerta o en nuestra página web. Cantidad de beneficio máximo compartido entre OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño. Límites en las cantidades de artículos por categorías pueden aplicar.
<b>Acupuntura<sup>1,3</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos por Medicare<sup>2</sup></li><li>• Servicios suplementarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>\$0-\$10</b> de copago</li><li>• <b>\$0-\$10</b> de copago</li></ul>	Hasta un máximo de 10 visitas rutinarias para servicios de acupuntura suplementarios.

## MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTO	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal (30-días)	COPAGO/ COASEGURO Farmacias al detal y órdenes por correo (90-días)
<b>Deducible</b>	\$0		
<b>Cubierta Inicial</b> (lo que pagas hasta que el costo total anual de medicamentos alcanza \$4,430)	Genérico Preferido	\$0	\$0
	Genérico	\$0	\$0
	Marca Preferida	\$0	\$0
	Marca No Preferida	\$0	\$0
	Medicamentos Especializados	25% del costo	No disponible
	Insulinas Selectas	\$0	\$0 de copago Farmacias al detal No disponible Órdenes por correo
<b>Brecha de Cubierta</b> (lo que pagas hasta que alcanzas \$7,050)	<p>El Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Pagas el 25% del precio negociado (y una parte del cargo por despacho) por los mismos. Tanto la cantidad que pagues como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de tu bolsillo y te ayudan a sobrellevar la brecha de cubierta.</p> <p>MMM te ofrece cubierta parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario bajo los niveles genérico preferido y genérico estarán cubiertos.</p>		
	Genérico Preferido	\$0	\$0
	Genérico	\$0	\$0
	Insulinas Selectas	\$0	\$0 de copago Farmacias al detal
			No disponible Órdenes por correo
	<p>Para los demás medicamentos genéricos, no pagas más del 25% de los costos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que tu pagas se acumula y te mueve a través de la brecha de cubierta.</p>		

## MEDICAMENTOS RECETADOS

<b>Cubierta Catastrófica</b> (lo que pagas luego de alcanzar \$7,050)	5% del costo o \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que son tratados como genéricos y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.
<b>Disfunción Eréctil</b>	\$0 de copago para Medicamentos Genéricos Preferidos y \$0 de copago para Medicamentos de Marca Preferida para hasta 4 pastillas al mes.

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



