

2019

# MMM ALIANZA PLUS

(HMO-POS)

## Resumen de Beneficios



MMM Healthcare, LLC es un plan HMO con un contrato Medicare.  
La afiliación a MMM depende de la renovación del contrato.

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Resumen de Beneficios

La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM Alianza Plus (HMO-POS) cubre y lo que usted pagará. Esta información no es una descripción completa de beneficios. Llame al 787-523-2398 (libre de cargos) o al 1-844-660-2660 TTY (audioimpedidos) para más información.

Para una lista completa de servicios y beneficios cubiertos, llámenos y solicite una “Evidencia de Cubierta”. El formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y cintas de audio.

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-523-2398 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 1-844-660-2660. Estamos disponibles para sus 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.

O, puede visitar 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. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call MMM at 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。注意 : 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 MMM 1-866-333-5470, (TTY: 1-866-333-5469).

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

Si desea saber más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, vea el manual “Medicare y Usted”. Puede 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 Alianza Plus (HMO-POS) ha establecido una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted visita proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Generalmente, usted debe utilizar una farmacia de nuestra red para recibir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted puede 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 desea una copia impresa, llámenos y le enviaremos el documento solicitado.

Para afiliarse a MMM Alianza Plus (HMO-POS) usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar afiliado en la Parte B de Medicare, vivir en el área de servicio, ser pensionado del ELA que recibe su pensión a través del Sistema de Retiro Central o el Sistema de Retiro para Maestros y debe pertenecer a las Organizaciones que componen La Alianza por la Salud de los Pensionados bajo la ley 117 del 4 de agosto de 2016. Sus dependientes directos con Medicare Partes A y B también son elegibles al plan MMM Alianza Plus (HMO-POS). Nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

### Servicios cubiertos, de hospital y medicamentos recetados

**Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir preautorización.**

**Servicios con un <sup>2</sup> tienen beneficio fuera de la red en PR: 10% del costo (cubierto por reembolso basado en las tarifas contratadas en proveedores de la red menos los coaseguros aplicables).**

**Punto de Servicio en EU: 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$10,000.**

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Prima y Beneficios

### MMM Alianza Plus (HMO-POS)

### Lo que debe saber

Prima mensual del plan	<b>\$100</b> <b>\$0</b> luego de la aportación patronal de <b>\$100</b> a aquellos afiliados elegibles a dicha aportación.	De no ser elegible a aportación patronal el afiliado será responsable de pagar la totalidad de la prima mensual tanto para pensionado como para su dependiente elegible. Debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.
Deducible	<b>\$0</b>	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	<b>\$3,250</b>	Para servicios que reciba de proveedores de nuestra red y fuera de la red.
Cuidado hospitalario <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Fuera de la red: <b>\$200</b> de copago en Puerto Rico / <b>20%</b> del costo en Estados Unidos</li> </ul>	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía hospitalaria.
Servicios ambulatorios en el hospital <sup>1,2</sup>	<b>No paga nada</b>	
Visitas a la oficina del médico <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>	
Cuidado preventivo <sup>1,2</sup>	<b>No paga nada</b>	Estará cubierto, cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año.

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Prima y Beneficios

### MMM Alianza Plus (HMO-POS)

### Lo que debe saber

<p>Cuidado de emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Si usted es admitido al hospital el mismo día por la misma condición, usted no paga su parte del costo por cuidado de sala de emergencias. Vea la sección “Cuidado hospitalario” de este folleto para otros costos.</p>
<p>Cuidado necesario de urgencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• Cubierto mundial: <b>No paga nada</b></li> </ul>	
<p>Servicios diagnósticos Laboratorios / radiología<sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (e.j., MRI)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Rayos X ambulatorios</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> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	
<p>Servicios de audición<sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Aparato auditivo suplementario</li> <li>• Servicios de evaluación para ajuste de aparato auditivo suplementario</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>\$3,000</b> por año para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos-combinados.</p> <p>Un <b>(1)</b> examen rutinario de audición suplementario por año y un <b>(1)</b> ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año.</p>

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Prima y Beneficios

### MMM Alianza Plus (HMO-POS)

### Lo que debe saber

<p>Servicios dentales<sup>1, 2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos</li> <li>• Servicios restaurativos</li> <li>• Prostodoncia (incluye coronas)</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>Cantidad <b>sin límite</b> por año para prostodoncia removible para un set completo o dentadura parcial cada cinco (<b>5</b>) años. Poste cubierto uno (<b>1</b>) por diente por vida y coronas individuales cubiertas cada cinco (<b>5</b>) años por diente. No incluye prostodoncia fija.</p>
<p>Servicios de visión<sup>1,2</sup></p> <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 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>\$800</b> por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto. Un (<b>1</b>) examen rutinario de visión por año.</p> <p>La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.</p>
<p>Cuidado de salud mental<sup>1,2</sup></p> <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>No paga nada</b></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>
<p>Cuidado diestro de enfermería (SNF por sus siglas en inglés)<sup>1,2</sup></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p>Hasta 100 días en un SNF.</p>
<p>Terapia física<sup>1,2</sup></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	
<p>Ambulancia<sup>1,2</sup></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p>Requiere preautorización, excepto para emergencias.</p>

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Prima y Beneficios

### MMM Alianza Plus (HMO-POS)

### Lo que debe saber

<p>Transportación suplementaria<sup>1, 2</sup></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p>Hasta veinticuatro <b>(24)</b> viajes de una vía a lugares aprobados por el plan cada año.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1,2</sup></p> <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>No paga nada</b></li> </ul>	
<p>Cuidado del pie (servicios de podiatría)<sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de podiatría cubierto por Medicare</li> <li>• Servicio suplementario de podiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Hasta una <b>(1)</b> visita suplementaria por año para servicios de podiatría.</p>
<p>Equipo médico duradero Suplidos médicos<sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li> <li>• Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)</li> <li>• Suplidos médicos</li> <li>• Suplidos para diabetes</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> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Prima y Beneficios

### MMM Alianza Plus (HMO-POS)

### Lo que debe saber

<p>Programas de bienestar<sup>2</sup></p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p>Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas para el control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.</li> <li>• Línea directa de enfermería (24/7)</li> <li>• Materiales escritos de educación en salud</li> <li>• Adiestramiento nutricional y beneficios</li> </ul>
<p>Cuidado quiropráctico<sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicio quiroprácticos suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No paga nada</b></li> <li>• <b>No paga nada</b></li> </ul>	<p>Hasta quince <b>(15)</b> visitas suplementarias por año para servicios quiroprácticos rutinarios.</p>
<p>Artículos fuera del recetario (OTC por sus siglas en inglés)</p>	<p><b>No paga nada</b></p>	<p>Hasta <b>\$200</b> cada tres <b>(3)</b> meses para artículos o medicamentos fuera del recetario. Para más detalles refiérase a la Lista de OTC disponible en nuestro catálogo de OTC a tu puerta o en nuestra página web.</p>



## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Prima y Beneficios

### MMM Alianza Plus (HMO-POS)

### Lo que debe saber

Ayuda con ciertas condiciones crónicas

- Visitas a especialistas (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, entre otros.)
- Servicios de Salud Mental
- Servicios de Otros Profesionales de la Salud
- Telehealth: Servicio interactivo de evaluación o asistencia médica a distancia y en tiempo real a través de audio y videoconferencia, brindado por un proveedor licenciado por el estado como: endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, psiquiatra, entre otros.

**\$0** de copago en VITA CARE

Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:

1. Diabetes Mellitus
2. Insuficiencia Cardíaca Crónica
3. Desórdenes Cardiovasculares
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)

Por favor contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.

Acupuntura<sup>1,2</sup>

**No paga nada**

Hasta doce (**12**) visitas por año para servicios de acupuntura suplementaria.

Programa de acondicionamiento físico (visitas al gimnasio)

**No paga nada**

Hasta **\$15** cada mes para servicios de acondicionamiento físico suplementario. El afiliado debe proveer una factura o recibo para propósitos de reembolso.

Programa de comidas - suplementario

**No paga nada**

Hasta dos (**2**) comidas nutritivas por día, por cinco (**5**) días, luego de una estadía en hospital o en una institución de enfermería diestra. Hasta dos (**2**) veces al año, Máximo de veinte (**20**) comidas por año.

## 2019 MMM ALIANZA PLUS

### Medicamentos Recetados\*

	Costo compartido Farmacias al detal Suplido de 30 días	Costo compartido Farmacias al detal Suplido de 90 días	Orden por correo Suplido de 90 días
Etapa I: Cubierta Inicial			
<b>Nivel 1:</b> Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2:</b> Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 3:</b> Marca Preferida	\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de Marca No Preferida	\$6 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos de Especialidad	20% del costo	No disponible	No disponible

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

\*Este plan incluye medicamentos para tratar la disfunción eréctil:  
\$0 de copago para hasta seis (6) pastillas al mes.

