

2019

**MMM CERO**  
(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.  
Y0049\_2019 1099 0003 2\_M



**2019 MMM CERO**

## **Resumen de Beneficios**

La información provista es un resumen de beneficios de lo que MMM cubre y lo que usted pagará. Esta información no es una descripción completa de beneficios. Llame al 1-866-333-5470 (libre de cargos) o al 1-866-333-5469 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 1-866-333-5470 (libre de cargos) para información adicional. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469. 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).



## 2019 MMM CERO

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 deTTY deben llamar al 1-877-486-2048.

MMM 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 Cero (HMO-POS) usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar afiliado en 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 <sup>1</sup> pueden requerir preautorización.**

**Servicios con un <sup>2</sup> tienen beneficio fuera de la red en PR:** 20% del costo EU: 20% del costo hasta un límite máximo anual de \$5,000. Requiere preautorización.



## 2019 MMM CERO

### Prima y Beneficios

### MMM Cero (HMO-POS)

### Lo que debe saber

Prima mensual del plan	<b>\$0</b>	Debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.
Deducible	<b>No paga nada</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>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Red Preferida: <b>No paga nada</b> \$0 de copago en UNIDAD DORADA</li><li>• Red General: <b>\$100</b> de copago</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>• Red Preferida: <b>No paga nada</b></li><li>• Red General: <b>\$5</b> de copago</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 CERO

### Prima y Beneficios

### MMM Cero (HMO-POS)

### Lo que debe saber

Cuidado de emergencia	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• Cubierto mundial: <b>\$100</b> de copago</li></ul>	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.
Cuidado Necesario de Urgencia	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li><li>• Cubierto mundial: <b>\$100</b> de copago</li></ul>	
Servicios diagnósticos Laboratorios / Radiología <sup>1,2</sup> <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>\$0-\$10</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>	
Servicios de audición <sup>1,2</sup> <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>	Hasta <b>\$2,000</b> por año para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos-combinados.  Un <b>(1)</b> examen rutinario de audición suplementario por año y un <b>(1)</b> ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año.
Servicios dentales <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios preventivos<sup>2</sup></li><li>• Servicios restaurativos*</li><li>• Prostodoncia*</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>	Hasta <b>\$1,000</b> anuales para prostodoncia removible.  * <b>50%</b> de coaseguro aplica fuera de la red. Requiere preautorización.



## 2019 MMM CERO

### Prima y Beneficios

### MMM Cero (HMO-POS)

### Lo que debe saber

Servicios de visión <sup>1,2</sup> <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>	Hasta <b>\$400</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. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red.
Cuidado de Salud Mental <sup>1,2</sup> <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>	Hasta 190 días de cuidado por hospitalización en un hospital psiquiátrico, de por vida.  Hasta 90 días por cuidado intrahospitalario.  Hasta 60 “días de reserva de por vida”.
Cuidado Diestro de Enfermería (SNF por sus siglas en inglés) <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li></ul>	Hasta 100 días en un SNF.
Terapia física <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li></ul>	
Ambulancia <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li></ul>	Requiere preautorización, excepto para emergencias.
Transportación Suplementaria <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No paga nada</b></li></ul>	Hasta dieciocho <b>(18)</b> viajes de una vía a localidades aprobadas por el plan cada año.
Medicamentos de la Parte B de Medicare <sup>1,2</sup> <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>	

## Prima y Beneficios

## MMM Cero (HMO-POS)

## Lo que debe saber

Cuidado del pie  
(servicios de podiatría)<sup>1,2</sup>

- Servicio de podiatría cubierto por Medicare
- Servicio suplementario de podiatría

- **No paga nada**
- **No paga nada**

Este plan cubre hasta una **(1)** visita rutinaria para servicios de podiatría suplementaria.

Equipo Médico Duradero / Suplidos Médicos<sup>1,2</sup>

- Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)
- Prótesis (incluye abrazaderas, extremidades, etc.)
- Suplidos Médicos
- Suplidos para diabetes

- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**
- **No paga nada**

Programas de Bienestar

- **No paga nada**

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 escritos de educación en salud
- Adiestramiento nutricional y beneficios



## 2019 MMM CERO

### Prima y Beneficios

### MMM Cero (HMO-POS)

### Lo que debe saber

#### Cuidado Quiropráctico<sup>1,2</sup>

- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare
- Servicio quiroprácticos suplementarios

• **No paga nada**

• **No paga nada**

Hasta **\$1,000** anuales para hasta ocho (**8**) visitas rutinarias por servicios quiroprácticos suplementarios.

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

• **No paga nada**

Hasta **\$80** cada tres (**3**) 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.





2019 MMM CERO

## Medicamentos Recetados

	<b>Costo compartido Farmacias al detal</b> Suplido de 30 días	<b>Costo compartido Farmacias al detal</b> Suplido de 90 días	<b>Orden por correo</b> 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	\$15 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de Marca No Preferida	\$20 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos de Especialidad	25% 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 cuatro (4) pastillas al mes.**

