

# PMC Max (HMO-POS) ofrecido por MMM Healthcare, LLC

## Notificación Anual de Cambios para 2019

Usted está actualmente afiliado a PMC Max Extra. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cubierta de Medicare para el año que viene.**
- 

### Qué hacer ahora

#### I. PREGUNTE: Qué cambios le aplican a usted

**Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.**

- Es importante verificar su cubierta ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Busque en las Secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

**Verifique los cambios en nuestra cubierta de medicamentos recetados para ver si le afectan.**

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como por ejemplo la necesidad de nuestra aprobación antes de procesar su receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos al utilizar esta farmacia?
- Revise la Lista de Medicamentos para el 2019 y busque en la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cubierta de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pudieron haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico para alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede representar un ahorro en sus costos máximos de bolsillo durante el año. Para recibir información adicional sobre los costos de los medicamentos, visite <https://es.medicare.gov/part-d/costs/part-d-costs.html>. Estas tablas resaltan los fabricantes que han estado aumentando sus precios y también presentan otra información de medicamentos de año a año. Tenga en

cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuál será el cambio de los costos de sus medicamentos.

**Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.**

- ¿Están sus médicos en nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Busque en la Sección 2.3 para obtener información sobre el Directorio de Proveedores y Farmacias.

**Piense en los costos totales de su cuidado de salud.**

- ¿Cuánto va a pagar de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza regularmente?
- ¿Cuánto va a pagar por su prima y deducibles?
- ¿Cómo comparan los costos totales con otras opciones de cubierta de Medicare?

**Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.**

## **2. COMPARE: Busque información sobre otras opciones de plan**

**Verifique la cubierta y costos de planes en su área.**

- Utilice el Buscador de Planes de Medicare en la página electrónica de Medicare <https://es.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos".
- Revise la lista al dorso de su folleto Medicare y Usted.
- Busque en la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

**Una vez reduzca sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cubierta en la página de Internet de ese plan.**

## **3. ESCOJA: Decida si quiere cambiar su plan**

- Si quiere **quedarse** en PMC Max Extra, no tiene que hacer nada. Usted se quedará en PMC Max Extra.
- Si quiere cambiar a un plan diferente que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

**4. AFÍLIESE: Para cambiar de plan, únase a un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018**

- **Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2018, se quedará en PMC Max Extra.**
- **Si se une a otro plan en o antes del 7 de diciembre 2018, su nueva cubierta comenzará el 1 de enero de 2019.**

**Recursos Adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, póngase en contacto con nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como en Braille, letra grande, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si necesita la información de nuestro plan en algún otro lenguaje o formato.
- **La cubierta bajo este plan cualifica como Cubierta Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Por favor, visite la página de Internet del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para más información.**

**Sobre PMC Max**

- MMM Healthcare, LLC es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a PMC Max.

MMM-PDG-MIS-014-082818-S

Y0049\_2019 1140 0008 2\_M

## Resumen de los costos importantes para el 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y de 2019 de PMC Max en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación Anual de Cambios* y revisar el documento de *Evidencia de Cubierta* para ver si algún otro cambio de beneficio o costo le afecta.** Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmp.com](http://www.mmmp.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cubierta*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Vea la Sección 2.1 para detalles.)	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual
<b>Cantidad máxima de bolsillo</b> Éste es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Vea la Sección 2.2 para detalles.)	\$3,250	\$3,250
<b>Visitas a oficinas médicas</b>	Visitas de cuidado primario: <b>\$0</b> de copago por visita  Visitas a especialistas: Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.  <b>Nivel 1: Red Preferida</b> <b>\$6</b> de copago por visita.  <b>Nivel 2: Red General</b> <b>\$13</b> de copago por visita.	Visitas de cuidado primario: <b>\$0</b> de copago por visita  Visitas a especialistas: Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.  <b>Nivel 1: Red Preferida</b> <b>\$1</b> de copago por visita.  <b>Nivel 2: Red General</b> <b>\$5</b> de copago por visita.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Estadías hospitalarias</b> Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día antes del día de alta es su último día de cuidado hospitalario.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> \$25 de copago por estadía.</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> \$100 de copago por estadía.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> \$25 de copago por estadía.</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> \$50 de copago por estadía.</p> <p><b><u>Nivel 3: UNIDAD DORADA</u></b> \$0 de copago por estadía.</p>
<p><b>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Vea la Sección 2.6 para detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$1 de copago</li> <li>• Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$4 de copago</li> <li>• Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$20 de copago</li> <li>• Medicamentos Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos): \$30 de copago</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago</li> <li>• Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago</li> <li>• Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$8 de copago</li> <li>• Medicamentos Nivel 4 (Marca No Preferida): \$12 de copago</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2018 (este año)</b>	<b>2019 (próximo año)</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad): <b>25%</b> de coaseguro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad): <b>25%</b> de coaseguro</li></ul>

## **Notificación Anual de Cambios para 2019**

### **Tabla de Contenido**

<b>Resumen de los costos importantes para el 2019</b> .....	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan</b> .....	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año</b> .....	<b>5</b>
Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual .....	5
Sección 2.2 – Cambios en la Cantidad Máxima de Pagos de su Bolsillo .....	6
Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores.....	6
Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias .....	7
Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	7
Sección 2.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D.....	17
<b>SECCIÓN 3 Decidir Qué Plan Elegir</b> .....	<b>22</b>
Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en PMC Max .....	22
Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan .....	22
<b>SECCIÓN 4 La Fecha Límite para Cambiar de Plan</b> .....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare</b> .....	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que le Ayudan a Pagar por sus Medicamentos Recetados</b> .....	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas?</b> .....	<b>25</b>
Sección 7.1 – Obteniendo Ayuda de PMC Max.....	25
Sección 7.2 – Obteniendo Ayuda de Medicare.....	26

## SECCIÓN I Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de PMC Max Extra a PMC Max.

Es importante que sepa que su tarjeta de identificación del plan, Evidencia de Cubierta, Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario de Medicamentos), Directorio de Proveedores y Farmacias, Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y todos los materiales con información del plan reflejarán este cambio de nombre.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado del plan (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima Mensual</b> (Debe también continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0 prima mensual	\$0 prima mensual

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le requiere pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D de por vida por no tener cubierta de medicamentos que sea al menos tan buena como la cubierta de medicamentos de Medicare (también conocida como "cubierta acreditable") por 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe "Ayuda Adicional" para sus costos de medicamentos recetados.



## Sección 2.2 – Cambios en la Cantidad Máxima de Pagos de su Bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se llama la "cantidad máxima de pagos de su bolsillo". Cuando alcance esta cantidad, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</b>  Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan hacia la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.  No hay cambios para el próximo año.	<b>\$3,250</b>	<b>\$3,250</b>  Cuando usted ha pagado <b>\$3,250</b> de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

## Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de médicos y otros proveedores para el próximo año. El Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para ver si sus proveedores (médicos primarios, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay un número de razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un intento de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación si su proveedor deja nuestro plan, para que usted tenga oportunidad de escoger un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si usted está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario continúe sin interrupciones, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.
- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor previo o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su doctor o proveedor estará dejando el plan, por favor llámenos para así poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

---

## Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

---

Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si las obtiene en las farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor, revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

---

Estamos cambiando nuestra cubierta de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación se describen estos cambios. Para detalles sobre la cubierta y costos por estos servicios, vea el Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga), en su Evidencia de Cubierta de 2019.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Cuidado hospitalario</b>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel I: Red Preferida</u></b> Usted paga \$25 de copago por estadía.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel I: Red Preferida</u></b> Usted paga \$25 de copago por estadía.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga <b>\$100</b> de copago por estadía.</p>	<p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga <b>\$50</b> de copago por estadía.</p> <p><b><u>Nivel 3: UNIDAD DORADA</u></b> Usted paga <b>\$0</b> de copago por estadía.</p>
<b>Cuidado de salud mental a pacientes hospitalizados</b>	Usted paga <b>\$75</b> de copago por estadía	Usted paga <b>\$50</b> de copago por estadía
<b>Servicios de especialistas</b>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> Usted paga <b>\$6</b> de copago por cada visita a especialistas.</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga <b>\$13</b> de copago por cada visita a especialistas.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> Usted paga <b>\$1</b> de copago por cada visita a especialistas.</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga <b>\$5</b> de copago por cada visita a especialistas.</p>
<b>Servicios especializados de salud mental</b>	<p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$5</b> de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$5</b> de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p>
<b>Servicios de otros profesionales de la salud</b>	Usted paga <b>\$15</b> de copago por cada servicio de otros profesionales de la salud.	Usted paga <b>\$5</b> de copago por cada servicio de otros profesionales de la salud.
<b>Servicios psiquiátricos</b>	Usted paga <b>\$15</b> de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare.	Usted paga <b>\$5</b> de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	Usted paga <b>\$15</b> de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.	Usted paga <b>\$5</b> de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.
<b>Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos</b>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por rayos-X.</p> <p>Usted paga <b>\$30</b> de copago por CT scans.</p> <p>Usted paga <b>\$40</b> de copago para MRI, PET y radiología de intervención, medicina nuclear y otros procedimientos especializados.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por rayos-X.</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por CT scans.</p> <p>Usted paga <b>\$25</b> de copago para MRI, PET y radiología de intervención, medicina nuclear y otros procedimientos especializados.</p>
<b>Servicios ambulatorios en el hospital</b>	<p>Usted paga <b>\$25</b> de copago por servicios ambulatorios en el hospital.</p> <p>Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> Usted paga <b>\$25</b> de copago por servicios de observación.</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga <b>\$100</b> de copago por servicios de observación.</p>	<p>Usted paga <b>\$25</b> de copago por servicios ambulatorios en el hospital.</p> <p>Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> Usted paga <b>\$25</b> de copago por servicios de observación.</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> Usted paga <b>\$50</b> de copago por servicios de observación.</p>
<b>Servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés)</b>	Usted paga <b>\$25</b> de copago por servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés).	Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés).

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias</b>	<p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>\$5</b> de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$5</b> de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p>
<b>Servicios de transportación-Suplementario</b>	Servicios de transportación suplementaria <b>no</b> cubiertos.	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de transportación suplementaria.</p> <p>Usted es elegible para hasta dieciséis (<b>16</b>) viajes de una vía a lugares aprobados por el plan por año.</p>
<b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b>	<p>Usted paga <b>10% a 20%</b> del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10%</b> del costo total por suplidos de equipo médico duradero</li> <li>• <b>10%</b> del costo total por silla de ruedas</li> <li>• <b>10%</b> del costo total por camas de hospital para uso en el hogar</li> <li>• <b>20%</b> del costo total por silla de ruedas motorizada</li> <li>• <b>10%</b> del costo total por otro equipo médico duradero</li> </ul>	<p>Usted paga <b>0% a 10%</b> del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0%</b> del costo total por suplidos de equipo médico duradero</li> <li>• <b>0%</b> del costo total por silla de ruedas</li> <li>• <b>0%</b> del costo total por camas de hospital para uso en el hogar</li> <li>• <b>10%</b> del costo total por silla de ruedas motorizada</li> <li>• <b>0%</b> del costo total por otro equipo médico duradero</li> </ul>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prótesis y suministros relacionados</b>	<p>Usted paga <b>10%</b> del costo total por aparatos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>10%</b> del costo total por suplidos médicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>0%</b> del costo total por aparatos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>0%</b> del costo total por suplidos médicos cubiertos por Medicare.</p>
<b>Servicios para el tratamiento de enfermedades y condiciones del riñón</b>	<p>Sus costos por servicios de diálisis pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> <u>Diálisis Peritoneal</u> Usted paga <b>0%</b> del costo total</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga <b>10%</b> del costo total</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> <u>Diálisis Peritoneal</u> Usted paga <b>0%</b> del costo total</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga <b>20%</b> del costo total</p>	<p>Sus costos por servicios de diálisis pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><b><u>Nivel 1: Red Preferida</u></b> <u>Diálisis Peritoneal</u> Usted paga <b>0%</b> del costo total</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga <b>5%</b> del costo total</p> <p><b><u>Nivel 2: Red General</u></b> <u>Diálisis Peritoneal</u> Usted paga <b>0%</b> del costo total</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga <b>20%</b> del costo total</p>
<b>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)- Suplementario</b>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$40</b> cada mes para ser usados en la compra de</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por medicamentos y artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$110</b> cada mes para ser usados en la compra de</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vitaminas y minerales</li> <li>2. Suplidos de primeros auxilios</li> <li>3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li> <li>4. Cuidado de la boca</li> <li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li> </ol>	<p>artículos OTC de salud y bienestar.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vitaminas y minerales</li> <li>2. Suplidos de primeros auxilios</li> <li>3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas</li> <li>4. Cuidado de la boca</li> <li>5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads)</li> <li>6. Monitor de presión arterial</li> </ol>
<p><b>Programa de comidas-Suplementario</b></p>	<p>Beneficio de comidas suplementario luego de una estadía hospitalaria <b>no</b> cubierto.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por beneficio de comidas suplementario luego de una estadía hospitalaria.</p> <p>Usted es elegible para hasta dos <b>(2)</b> comidas nutritivas por día, por cinco <b>(5)</b> días, luego de una estadía en un hospital o en una institución de enfermería diestra (SNF). Hasta una <b>(1)</b> vez al año. Máximo de diez <b>(10)</b> comidas por año.</p>
<p><b>Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Usted paga <b>20%</b> del costo total por medicamentos de quimioterapia.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> del costo total por otros medicamentos recetados</p>	<p>Usted paga <b>0%</b> del costo total por medicamentos de quimioterapia.</p> <p>Usted paga <b>10%</b> del costo total por otros medicamentos recetados</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>bajo la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> del costo total por antibióticos para infusión en el hogar, medicamentos especializados administrados a través de infusión en el hogar y otros medicamentos de continuidad en el hogar luego de un alta hospitalaria.</p> <p>Requisitos de terapia escalonada para los Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare <b>no</b> aplican.</p>	<p>bajo la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga <b>0%</b> del costo total por antibióticos para infusión en el hogar, medicamentos especializados administrados a través de infusión en el hogar y otros medicamentos de continuidad en el hogar luego de un alta hospitalaria.</p> <p>Los Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Usted paga <b>50%</b> del costo total por servicios comprensivos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga <b>33%</b> del costo total por servicios comprensivos cubiertos por Medicare.</p>
<b>Servicios dentales-Suplementario</b>	<p>Usted paga <b>\$15</b> de copago por servicios dentales preventivos suplementarios.</p> <p>Usted paga <b>0%</b> del costo total por los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnósticos</li> </ul> <p>Usted paga <b>50%</b> del costo total por los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauración</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios preventivos suplementarios.</p> <p>Usted paga <b>0%</b> del costo total por los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnósticos</li> </ul> <p>Usted paga <b>33%</b> del costo total por los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauración</li> </ul>



Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> <li>• Prostodoncia</li> </ul> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$1,000</b> por año para un <b>(1)</b> juego completo o dentadura parcial cada cinco <b>(5)</b> años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> <li>• Prostodoncia</li> </ul> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$1,500</b> por año para un <b>(1)</b> juego completo o dentadura parcial cada cinco <b>(5)</b> años.</p>
<b>Cuidado de visión</b>	<p>Usted paga <b>\$5</b> de copago por servicios de visión cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen rutinario de visión suplementario.</p> <p>Usted es elegible para un <b>(1)</b> examen rutinario de visión suplementario por año.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de visión cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen rutinario de visión suplementario.</p> <p>Usted es elegible para un <b>(1)</b> examen rutinario de visión suplementario por año.</p>
<b>Espejuelos- Suplementario</b>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por espejuelos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$100</b> por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y / o lentes de contacto.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por espejuelos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$300</b> por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y / o lentes de contacto.</p>
<b>Servicios de audición</b>	<p>Usted paga <b>\$10</b> de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen rutinario de</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por examen rutinario de</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>audición suplementario.</p> <p>Usted paga <b>\$5</b> de copago por servicios de ajuste/ evaluación de aparato auditivo suplementario.</p> <p>Usted es elegible para 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>	<p>audición suplementario.</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por servicios de ajuste/ evaluación de aparato auditivo suplementario.</p> <p>Usted es elegible para 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>
<b>Aparatos auditivos-Suplementario</b>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por aparatos auditivos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$850</b> cada tres <b>(3)</b> años para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos-combinados.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago por aparatos auditivos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta <b>\$1,000</b> cada tres <b>(3)</b> años para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos-combinados.</p>
<b>Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas-Suplementario</b>	<p>Beneficio suplementario de Ayuda adicional con Ciertas Condiciones Crónicas <b>no</b> cubierto.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> de copago en las clínicas VITA CARE para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a especialistas</b> (tales como endocrinólogo, neumólogo, cardiólogo, reumatólogo, entre otros).</li> <li>• <b>Servicios de Salud Mental</b></li> <li>• <b>Servicios de Otros</b></li> </ul>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		<p><b>Profesionales de la Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Telehealth:</b> 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.</li> </ul> <p>Usted es elegible si está inscrito en el programa VITA CARE. Para inscribirse en el programa VITA CARE debe haber sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> <li>2. Insuficiencia Cardíaca Crónica</li> <li>3. Desórdenes Cardiovasculares</li> <li>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</li> </ol> <p>Por favor contacte a Servicios al Afiliado para saber si es elegible para</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		participar del programa VITA CARE y para detalles adicionales sobre este beneficio.
<p><b>Opción Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)- Suplementario</b></p>	<p>Opción punto de servicio (POS) <b>no</b> cubierto.</p>	<p>Usted paga <b>50%</b> del costo total por servicios dentales cubiertos por Medicare y servicios dentales comprensivos cubiertos fuera de la red.</p> <p>Usted paga <b>20%</b> del costo total por los demás servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de <b>\$5,000</b> por servicios fuera de la red.</p>

## Sección 2.6 – Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D

### Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en este sobre.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cubierta para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta de medicamentos usted puede:

- **Hablar con su médico (u otro que le recete) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a nuestros afiliados actuales** a que soliciten una excepción antes de comenzar el nuevo año.
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cubierta* (*¿Qué hacer si usted tiene un problema o una queja?* (*decisiones de cubierta, apelaciones, quejas*)) o llame a Servicios al Afiliado.
- **Evalúe con su médico (u otro que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Usted puede llamar a Servicios al Afiliado para pedir una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma condición médica.

Para el 2019, los afiliados que residan en una facilidad de cuidado prolongado recibirán un suplido temporero que será igual a la cantidad de suplido temporero que se provee en todos los otros casos: un suplido de 30 días de medicamento, en vez de la cantidad provista en el 2018 (suplido de 91 días de medicamento). (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suplido temporero y cómo solicitarlo, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cubierta). Debe hablar con su médico durante el tiempo en que esté recibiendo el suplido temporero para decidir qué hacer cuando se le acabe el suplido temporero. Usted puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o puede pedirle al plan que haga una excepción para cubrirle su medicamento.

El plan ofrece orientación a los afiliados afectados sobre cómo proceder luego de que se le provea un despacho temporero, para que se efectúe una transición apropiada y significativa al final del período de transición. Sin embargo, hasta tanto la transición se lleve a cabo, ya sea mediante el cambio a un medicamento del formulario que sea apropiado, o la decisión sobre una solicitud de excepción, se le extenderá la cubierta del medicamento, con excepción de aquellos que no están cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

El plan continuará proveyéndole al afiliado los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, dependiendo del caso, en la medida en que su solicitud de excepción o apelación no sea procesada al finalizar el período mínimo de transición y hasta el momento en que se realice una transición.

Las excepciones continuarán siendo cubiertas durante el período (generalmente un año calendario) para el cual fueron aprobadas, independientemente de cuando se aprobó el medicamento. No es necesario solicitar una excepción al comienzo del año a menos que la preautorización expire.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, pudiésemos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare durante el año.

Comenzando en el 2019, pudiésemos remover inmediatamente un medicamento de marca de su Lista de Medicamentos y, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico en un mismo o más bajo nivel de costo compartido, con las mismas o menores restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en su Lista de Medicamentos, pero pudiésemos moverlo

inmediatamente a un nivel de costo compartido distinto o añadirle nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado por un nuevo medicamento genérico (o el nivel de costo compartido o la restricción del medicamento de marca cambia), usted no siempre recibirá notificación del cambio 60 días antes de que se realice el cambio ni recibirá un despacho de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, usted recibirá información del cambio específico que realizamos, pero puede recibirla luego de que se haya realizado el cambio.

Además, comenzando en el 2019, antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de Medicamentos que requieren que le notifiquemos con anticipación si está tomando un medicamento, le proveeremos la notificación 30, en lugar de 60, días antes de que realicemos el cambio. O le haremos un despacho de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro que le recete) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet y proveeremos cualquier otra información requerida para reflejar cambios en los medicamentos. (Para saber más acerca de los cambios que pudiéramos realizarle a la Lista de Medicamentos, revise el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cubierta*.)

### Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

*Nota:* Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información referente a costos por medicamentos de la Parte D puede que no le aplique a usted.**

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto usted paga por un medicamento de la Parte D dependerá del nivel de pago de medicamentos en el cual usted se encuentra. (Puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de Cubierta* para obtener más información acerca de las etapas.)

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a los primeros 2 niveles –La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza los otros 2 niveles – La Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierta*.) Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cubierta*.

### Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Dado a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	Dado a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.

### Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cubierta Inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y coaseguros, vaya al Capítulo 6, Sección 1.2 *Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cubierta.*

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.	Su costo por un suplido de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:	Su costo por un suplido de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Los costos en este renglón son por un suplido para un mes (30 días) cuando le despachen su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.</p> <p>Para información referente a los costos para un suplido a largo plazo, o para recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de Cubierta.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para ver si su medicamento se encontrará en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 1</b> <b>Genéricos Preferidos:</b> Usted paga \$1 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 2</b> <b>Genérico:</b> Usted paga \$4 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 3</b> <b>Marca Preferida:</b> Usted paga \$20 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 4</b> <b>Medicamentos No Preferidos:</b> Usted paga \$30 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 5</b> <b>Medicamentos de Especialidad:</b> Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,750, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p> <p>Este plan <b>no</b> cubre Medicamentos Excluidos.</p>	<p><b>Nivel 1</b> <b>Genéricos Preferidos:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 2</b> <b>Genérico:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 3</b> <b>Marca Preferida:</b> Usted paga \$8 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 4</b> <b>Marca No Preferida:</b> Usted paga \$12 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 5</b> <b>Medicamentos de Especialidad:</b> Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,820, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p> <p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos: <b>Medicamentos para la Disfunción Eréctil</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p>



Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		Usted es elegible para hasta cuatro <b>(4)</b> pastillas recetadas cada mes.

### Cambios a la Etapas de Brecha de Cubierta y Cubierta Catastrófica

Las otras dos etapas de cubierta de medicamentos – la Etapa de Brecha de Cubierta y la Etapa de Cubierta Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llega a la Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica.** Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cubierta*.

## SECCIÓN 3 Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 3.1 – Si usted desea permanecer en PMC Max

**Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada.** Si no se afilia en un plan diferente o cambia a Medicare Original en o antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá afiliado en nuestro plan para el 2019.

### Sección 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan

Esperamos tenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para el 2019 siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede unirse a otro plan de salud de Medicare,
- O-- Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos de Medicare

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 5), o llame a Medicare (ver Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página electrónica de Medicare. Diríjase a <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Planes de salud y medicamentos". **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cubierta y niveles de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, MMM Healthcare, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos planes pueden ser distintos en cubierta, primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

## **Paso 2: Cambie su cubierta**

- Para cambiar **a un plan de salud diferente de Medicare**, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de PMC Max.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de PMC Max.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección 7.1 de este folleto).
  - – O – llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar su desafiliación. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 4 La Fecha Límite para Cambiar de Plan**

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo durante el período del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2019.

### **¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?**

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Por ejemplo, se les pudiese permitir hacer cambios durante otras épocas del año a personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, aquellos que están dejando una cubierta patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cubierta*.

Nota: Si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no se pueda cambiar de plan.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cubierta para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cubierta*.

## **SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con consultores adiestrados en cada estado. En Puerto Rico, el SHIP se llama la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud para las personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY deben llamar al 787-919-7291. Usted puede conocer más acerca de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página electrónica ([www.oppea.pr.gov](http://www.oppea.pr.gov)).

## **SECCIÓN 6 Programas que le Ayudan a Pagar por sus Medicamentos Recetados**

Usted pudiera cualificar para asistencia para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, algunos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Personas con ingresos limitados pudiesen cualificar para "Ayuda Adicional" para el pago de los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cualifica, Medicare pudiese pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos incluyendo primas mensuales para medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, aquellas personas que cualifican no tienen brecha de cubierta ni penalidad por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para ver si usted cualifica, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las horas de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda con los Costos de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a individuos elegibles que viven con VIH/ SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro médico o tener una cubierta limitada. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 787-765-2929 extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Obteniendo Ayuda de PMC Max

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (Libre de Cargos). (Para TTY, llamar al 1-866-333-5469). Estamos disponibles para 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.

#### **Lea la *Evidencia de Cubierta* de 2019 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y en lo que pagará en el 2019. Para obtener más información, busque en la *Evidencia de Cubierta* de 2019 para PMC Max. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de los beneficios y costos de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cubierta* se encuentra en nuestra página de Internet [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cubierta*.

#### **Visite nuestra página Web (Internet)**

También puede visitar nuestra página de Internet en [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com). Como recordatorio, nuestra página de Internet contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

---

## **Sección 7.2 – Obteniendo Ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame a I-800-MEDICARE (I-800-633-4227)**

Puede comunicarse con Medicare llamando al I-800-MEDICARE (I-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al I-877-486-2048.

### **Visite la página Web de Medicare**

Visite la página Web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, cubierta y sistemas de calificación para ayudarle a comparar planes de salud Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página Web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar los Planes de Salud y de Medicamentos.")

### **Lea Medicare y Usted 2019**

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2019*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla a través de la página Web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al I-800-MEDICARE (I-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al I-877-486-2048.