



**MMM of Florida, Inc. -  
MMM Elite Dade (HMO) -  
MMM Elite (HMO) -  
Formulario 2019 -  
(Lista de Medicamentos Cubiertos) -**

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS -  
MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN -**

HPMS ID 19293, Versión # 6

Este formulario fue actualizado el 9 de octubre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM of Florida, Inc. al 1-877-212-9858 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-833-523-2620, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

**Aviso para afiliados existentes:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros” o “nuestro”, significa MMM of Florida, Inc. Cuando se refiere a “el plan” o “nuestro plan”, significa MMM Elite Dade y MMM Elite.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 9 de octubre de 2018. Para una versión actualizada del formulario, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparecen en la portada y contraportada.

Generalmente usted debe utilizar farmacias dentro de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Beneficios, formulario, red de farmacias, y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2019, y de vez en cuando durante el año.





















<b>MMM Elite Dade (HMO)</b>	Tier Level	Drug	Retail copayment (30 days)	Retail copayment (90 days)	Mail Order copayment (90 days)
	1	Preferred Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Preferred Brand	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	4	Non-Preferred Drug	\$5.00	\$15.00	\$15.00
	5	Specialty	33%	Not Covered	Not Covered

After your total yearly drug costs reach \$4,500.00, you receive full tier coverage (all drugs on certain tiers) by the plan. You will also receive a discount on brand name drugs and generally pay no more than 25% for the plan's costs for brand drugs and 37% of the plan's costs for generic drugs until your yearly out-of-pocket drug costs reach \$5,100.00.

The plan offers additional coverage in the gap for the following tiers

<b>MMM Elite Dade (HMO)</b>	Tier Level	Drug	Retail copayment (30 days)	Retail copayment (90 days)	Mail Order copayment (90 days)
	1	Preferred Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00

After your yearly out-of-pocket drug costs reach \$5,100.00, you pay the greater of:

- 5% coinsurance, or
- \$3.40 for generic drugs (including brand drugs treated as generic) and \$8.50 for all other drugs

For more information on how the tier level is applied, please review your Evidence of Coverage.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los \$4,500.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

<b>MMM Elite Dade (HMO)</b>	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	4	Droga No Preferida	\$5.00	\$15.00	\$15.00
	5	Especialidad	33%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$4,500.00, usted recibe cubierta completa por el plan (todos los medicamentos en ciertos niveles). También recibe un descuento en medicamentos de marca y,

por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 37% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance \$5,100.00.

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los siguientes niveles:

MMM Elite Dade (HMO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$5,100.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

## Tier Level Structure

Before the total yearly drug costs (paid by you and our plan) reach \$3,820.00, you pay the following for prescription drugs:

MMM Elite (HMO)	Tier Level	Drug	Retail copayment (30 days)	Retail copayment (90 days)	Mail Order copayment (90 days)
	1	Preferred Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Preferred Brand	\$20.00	\$60.00	\$60.00
	4	Non-Preferred Drug	\$75.00	\$225.00	\$225.00
	5	Specialty	33%	Not Covered	Not Covered

After your total yearly drug costs reach \$3,820.00, you receive full tier coverage (all drugs on certain tiers) by the plan. You will also receive a discount on brand name drugs and generally pay no more than 25% for the plan's costs for brand drugs and 37% of the plan's costs for generic drugs until your yearly out-of-pocket drug costs reach \$5,100.00.

The plan offers additional coverage in the gap for the following tiers

MMM Elite (HMO)	Tier Level	Drug	Retail copayment (30 days)	Retail copayment (90 days)	Mail Order copayment (90 days)
	1	Preferred Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Generic	\$0.00	\$0.00	\$0.00

After your yearly out-of-pocket drug costs reach \$5,100.00, you pay the greater of:

- 5% coinsurance, or
- \$3.40 for generic drugs (including brand drugs treated as generic) and \$8.50 for all other drugs

For more information on how the tier level is applied, please review your Evidence of Coverage.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los \$3,820.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Elite (HMO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$20.00	\$60.00	\$60.00
	4	Droga No Preferida	\$75.00	\$225.00	\$225.00
	5	Especialidad	33%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$3,820.00, usted recibe cubierta completa por el plan (todos los medicamentos en ciertos niveles). También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 37% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance \$5,100.00.

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los siguientes niveles:

MMM Elite (HMO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$5,100.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o

- \$3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

## **Symbols and abbreviations used in the formulary**

PA - drugs that need prior authorization

QL (###/###) - drugs with quantity limit; the quantity in parenthesis specifies the quantity limit for the maximum days of supply

ST - step therapy

LA - drugs with limited access (ex. Specialty Drugs)

ED- This prescription drug is not normally covered in a Medicare Prescription Drug Plan. The amount you pay when you fill a prescription for this drug does not count towards your total drug costs (that is, the amount you pay does not help you qualify for catastrophic coverage). In addition, if you are receiving extra help to pay for your prescriptions, you will not get any extra help to pay for this drug.

NM - Not available at mail-order

B/D - Covered under Medicare B or D

## **Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario**

PA - medicamentos que requieren preautorización

QL (###/###) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite que le podemos suplir en el número máximo autorizado de días.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)

ED – Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

NM – No disponible para envío por correo

B/D – Cubierto por la Parte B o D de Medicare

































































































































































































This formulary was updated on October 9, 2018. For more recent information or other questions, please contact MMM of Florida, Inc. Member Services, at 1-844-212-9858 (Toll-free Number) or, for TTY users, 1-833-523-2620, Monday through Sunday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., or visit [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

The formulary may change at any time. You will receive notice when necessary.

MMM of Florida, Inc. is a HMO with a Medicare contract. Enrollment in MMM of Florida depends on contract renewal.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-212-9858 (TTY: 1-833-523-2620).

Este formulario fue actualizado el 9 de octubre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM of Florida, Inc. al 1-844-212-9858 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-833-523-2620, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite [www.mmm-fl.com](http://www.mmm-fl.com).

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

MMM of Florida, Inc. es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM of Florida depende de la renovación del contrato.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call at 1-844-212-9858 (TTY: 1-833-523-2620).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-212-9858 (TTY: 1-833-523-2620).

H3293\_2019 1085 0001 I\_C