

MMM of Florida, Inc.
MMM Platinum (HMO SNP)
Formulario 2019
(Lista de Medicamentos Cubiertos)

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

HPMS ID 19292, Version Number 7

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.

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 Platinum.

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.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 71. El índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice aparecen tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Vea el índice y busque su medicamento. Junto al medicamento verá el número de la página en la que podrá encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

What are generic drugs?

Our plan covers both brand name drugs and generic drugs. A generic drug is approved by the FDA as having the same active ingredient as the brand name drug. Generally, generic drugs cost less than brand name drugs.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan ofrece cubierta para medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA al tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca.

Are there any restrictions on my coverage?

Some covered drugs may have additional requirements or limits on coverage. These requirements and limits may include:

- **Prior Authorization:** Our plan requires you or your physician to get prior authorization for certain drugs. This means that you will need to get approval from our plan before you fill your prescriptions. If you don't get approval, our plan may not cover the drug.
- **Quantity Limits:** For certain drugs, our plan limits the amount of the drug that our plan will cover. For example, our plan provides 30 tablets per prescription for *rosuvastatin calcium*. This may be in addition to a standard one-month or three-month supply.
- **Step Therapy:** In some cases, our plan requires you to first try certain drugs to treat your medical condition before we will cover another drug for that condition. For example, if Drug A and Drug B both treat your medical condition, our plan may not cover Drug B unless you try Drug A first. If Drug A does not work for you, our plan will then cover Drug B.

You can find out if your drug has any additional requirements or limits by looking in the formulary that begins on page 16. You can also get more information about the restrictions applied to specific covered drugs by visiting our Web site. We have posted on line documents that explain our prior authorization and step therapy restrictions. You may also ask us to send you a copy. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

You can ask our plan to make an exception to these restrictions or limits or for a list of other, similar drugs that may treat your health condition. See the section, "How do I request an exception to the MMM of Florida, Inc. formulary?" on page 8 for information about how to request an exception.

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales para la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que el afiliado o su médico obtenga preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de nuestro plan antes de adquirir la receta. Si no obtiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento cubierto. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *rosuvastatin calcium*. Esto puede ser adicional a un suministro regular para un (1) mes o tres (3) meses.
- **Terapia escalonada:** En ciertos casos, nuestro plan exige que se trate primero la condición médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar su condición médica en particular, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que primero utilice el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 16. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MMM of Florida, Inc.?” en la página 9, para información sobre cómo puede solicitar una excepción.

What if my drug is not on the Formulary?

If your drug is not included in this formulary (list of covered drugs), you should first contact Member Services and ask if your drug is covered.

If you learn that our plan does not cover your drug, you have two options:

- You can ask Member Services for a list of similar drugs that are covered by our plan. When you receive the list, show it to your doctor and ask him or her to prescribe a similar drug that is covered by our plan.
- You can ask our plan to make an exception and cover your drug. See below for information about how to request an exception.

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el Formulario?

Si su medicamento no aparece en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Afiliado y verificar si el medicamento está cubierto.

Si le notifican que nuestro plan no ofrece cubierta para su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y solicite que le recete un medicamento que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y le cubra el medicamento. Consulte la información a continuación para saber cómo solicitar una excepción.

How do I request an exception to the MMM of Florida, Inc. Formulary?

You can ask our plan to make an exception to our coverage rules. There are several types of exceptions that you can ask us to make.

- You can ask us to cover a drug even if it is not on our formulary. If approved, this drug will be covered at a pre-determined cost-sharing level, and you would not be able to ask us to provide the drug at a lower cost-sharing level.
- You can ask us to cover a formulary drug at a lower cost-sharing level if this drug is not on the specialty tier. If approved this would lower the amount you must pay for your drug.
- You can ask us to waive coverage restrictions or limits on your drug. For example, for certain drugs, our plan limits the amount of the drug that we will cover. If your drug has a quantity limit, you can ask us to waive the limit and cover a greater amount.

Generally, our plan will only approve your request for an exception if the alternative drugs included on the plan's formulary, the lower cost-sharing drug or additional utilization restrictions would not be as effective in treating your condition and/or would cause you to have adverse medical effects.

You should contact us to ask us for an initial coverage decision for a formulary, lower cost-sharing drug or utilization restriction exception. **When you request a formulary lower cost-sharing drug or utilization restriction exception you should submit a statement from your prescriber or physician supporting your request.** Generally, we must make our decision within 72 hours of getting your prescriber's supporting statement. You can request an expedited (fast) exception if you or your doctor believe that your health could be seriously harmed by waiting up to 72 hours for a decision. If your request to expedite is granted, we must give you a decision no later than 24 hours after we get a supporting statement from your doctor or other prescriber.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MMM of Florida, Inc.?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en las reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitar:

- Puede solicitar que cubramos su medicamento, aun cuando no aparezca en nuestro formulario. Si es aprobado, el medicamento será cubierto al nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitar que se provea el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitar que cubramos su medicamento a un nivel menor de costo compartido, si el medicamento no está en el nivel de especialidad. Si es aprobado, esto bajará la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitar que no apliquemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y le proporcionemos una cantidad mayor.

Generalmente, nuestro plan sólo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario, el medicamento del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones adicionales de uso serán igualmente efectivos para el tratamiento de la condición o le pudieran causar efectos clínicos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión inicial de cubierta para una excepción al formulario, de nivel de costo más bajo o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, de nivel de costo más bajo o de restricción de uso, tendrá que presentar una justificación de quien emite la receta o su médico, que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la justificación de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud podría verse seriamente afectada si espera 72 horas por la decisión. Si se le concede su petición de acelerar la autorización, debemos darle una decisión en o antes de 24 horas después de haber recibido la justificación de su médico primario o del médico que prescribe.

What do I do before I can talk to my doctor about changing my drugs or requesting an exception?

As a new or continuing member in our plan you may be taking drugs that are not on our formulary. Or, you may be taking a drug that is on our formulary but your ability to get it is limited. For example, you may need a prior authorization from us before you can fill your prescription. You should talk to your doctor to decide if you should switch to an appropriate drug that we cover or request a formulary exception so that we will cover the drug you take. While you talk to your doctor to determine the right course of action for you, we may cover your drug in certain cases during the first 90 days you are a member of our plan.

For each of your drugs that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, we will cover a temporary 30-day supply. If your prescription is written for fewer days, we'll allow refills to provide up to a maximum 30 day supply of medication. After your first 30-day supply, we will not pay for these drugs, even if you have been a member of the plan less than 90 days.

If you are a resident of a long-term care facility and you need a drug that is not on our formulary or if your ability to get your drugs is limited, but you are past the first 90 days of membership in our plan, we will cover a 31-day emergency supply of that drug while you pursue a formulary exception.

For those members that are released from a hospital, or other care facility to their home, or if your ability to get your drugs is limited, our plan will cover a temporary 30-day supply for the drugs that are not in our formulary or have a utilization restriction, while you ask your physician to prescribe a similar drug that is covered by our plan.

¿Qué hago antes de hablar con mi médico acerca de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como afiliado nuevo o afiliado existente en nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra autorización antes de obtener su receta. Usted debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que nosotros cubramos, o solicitar una excepción al formulario para que nosotros podamos cubrir el medicamento que usted toma. Mientras usted habla con su médico para determinar la mejor decisión, nosotros podríamos cubrirle su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, nosotros cubriremos un suplido temporal de 30 días. Si su receta esta prescrita para menos días, permitiremos repeticiones hasta un máximo de 30 días de suplido del medicamento. Después de su primer suplido de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, aunque usted haya sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado prolongado y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suplido temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

For more information

For more detailed information about your plan prescription drug coverage, please review your Evidence of Coverage and other plan materials.

If you have questions about our plan, please contact us. Our contact information, along with the date we last updated the formulary, appears on the front and back cover pages.

If you have general questions about Medicare prescription drug coverage, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 hours a day/7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. Or, visit <http://www.medicare.gov>.

Para más información

Para información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados que ofrece nuestro plan, por favor consulte su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, por favor comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día/ 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

MMM Platinum Formulary

The formulary below provides coverage information about the drugs covered by our plan. If you have trouble finding your drug in the list, turn to the Index that begins on page 71.

The first column of the chart lists the drug name. Brand name drugs are capitalized (e.g., ZYTIGA) and generic drugs are listed in lower-case italics (e.g., *flutamide*).

The information in the Requirements/Limits column tells you if our plan has any special requirements for coverage of your drug.

Formulario de MMM Platinum

El formulario a continuación ofrece información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultad para localizar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 71.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (por ejemplo, ZYTIGA) y los medicamentos genéricos aparecen en letra cursiva (itálica) minúscula (por ejemplo, *flutamide*).

La información que aparece en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan establece algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Benefit Structure

Deductible stage

During the Deductible Stage, you pay the full cost of your drugs in Level 3, Level 4, and Level 5. You stay in this stage until you have paid \$ 415 for your drugs in Level 3, Level 4, and Level 5. Most of our members

get “Extra Help” with their prescription drug costs, so the Deductible Stage does not apply to many of them. If you receive “Extra Help,” your deductible amount depends on the level of “Extra Help” you receive – you will either:

- Do not pay a deductible
- -or- Pay a \$ 85 deductible

See the "LIS Rider" document for more information about the amount of your deductible

If you do not receive "Extra Help," the Deductible Stage is the first payment stage for your drug coverage. You will pay a yearly deductible of \$415 on Tier 3, Tier 4 and Tier 5 drugs. **You must pay the full cost of your drugs in Tier 3, Tier 4, and Tier 5 drugs** until you reach the plan deductible amount. For all other drugs, you will not have to pay any deductible and will start receiving coverage immediately. Once you have paid \$ 415 for your Tier 3, Tier 4 and Tier 5 drugs, you leave the Deductible Stage and move on to the next drug payment stage, which is the Initial Coverage Stage.

Initial Coverage Stage

Before the total annual cost of the drugs (paid for by you or by our plan) reaches \$ 4,500.00, you will pay the following for prescription drugs:

MMM Platinum (HMO SNP)	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	*\$45.00 or \$0-\$8.50 / 15%	*\$135.00 or \$0-\$8.50 / 15%	*\$135.00 or \$0-\$8.50 / 15%
	4	Non-Preferred Drug	*\$100.00 or \$0-\$8.50 / 15%	*\$300.00 or \$0-\$8.50 / 15%	*\$300.00 or \$0-\$8.50 / 15%
	5	Specialty	*25% or \$0-\$8.50 / 15%	Not Covered	Not Covered

*The amount you pay is determined by the covered Part D prescription and your low-income subsidy coverage. Please refer to your LIS Rider for the specific amount you pay.

After your total annual drug cost reaches \$ 4,500.00, you receive full coverage by the plan (all drugs at certain levels).

- For generic drugs in cost-sharing Tier 1 and Tier 2, you pay **\$0**.
- For generic drugs in cost-sharing Tier 3, Tier 4 and Tier 5 you pay **37%** of the costs or **\$0-\$8.50 / 15%**, depending on your Low Income Subsidy coverage.
- For brand name drugs in cost-sharing Tier 3, Tier 4 and Tier 5 you pay **25%** of the costs (plus a portion of the dispensing fee) or **\$0-\$8.50 / 15%**, depending on your Low Income Subsidy coverage

You stay in this stage until your year-to-date “**out-of-pocket costs**” (your payments) reach a total of \$5,100.

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

- \$0; or
- Whichever amount is greater between:
 - Coinsurance of 5% of the cost of the drug –or –
 - \$3.40 for a generic drug or a drug that is treated like a 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 Beneficio

Etapa de Deducible

Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$415 por sus medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. La mayoría de los afiliados reciben “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados, así es que la Etapa de Deducible no le aplica a muchos de ellos. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, la cantidad de su deducible va a depender del nivel de “Ayuda Adicional” que usted reciba – usted puede:

- No pagar un deducible
- -o-- Pagar un deducible de \$85

Vea el documento “LIS Rider” para más información sobre la cantidad de su deducible

Si usted no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$415 para los medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente. Una vez haya pagado \$415 por sus medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, dejará la Etapa de Deducible y pasará a la próxima etapa de pago, la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial

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:

MMM Platinum (HMO SNP)	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	*\$45.00 o \$0-\$8.50 / 15%	*\$135.00 o \$0-\$8.50 / 15%	*\$135.00 o \$0-\$8.50 / 15%
	4	Droga No Preferida	*\$100.00 o \$0-\$8.50 / 15%	*\$300.00 o \$0-\$8.50 / 15%	*\$300.00 o \$0-\$8.50 / 15%
	5	Especialidad	*25% o \$0-\$8.50 / 15%	No Cubierto	No Cubierto

* La cantidad que usted paga es determinada por la cobertura de la Parte D y su Nivel de LIS. Favor hacer referencia a su "LIS Rider" para la cantidad específica que debe pagar.

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).

- Usted paga \$0 de copago por medicamentos genéricos en el Nivel 1 o 2.
- Para los medicamentos genéricos en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga el 37% del costo o \$0-\$8.50 / 15% dependiendo de su Nivel de LIS.
- Para los medicamentos de marca en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga 25% del costo (más una porción del cargo por despacho) o \$0-\$8.50 / 15% dependiendo de su Nivel de LIS.

Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo lleguen a \$5,100.00

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

- \$0; o
- 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.

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

MMM of Florida, Inc. is a Medicare-contracted coordinated care plan that has a Medicaid contract with the State of Florida Agency for Health Care Administration to provide benefits or arrange for benefits to be provided to enrollees. 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.

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

MMM of Florida, Inc. es un plan de cuidado coordinada contratado por Medicare que tiene un contrato de Medicaid con la Agencia de Administración de Atención Médica del Estado de la Florida para proveer beneficios o hacer arreglos para que se brinden beneficios a los afiliados. La afiliación en MMM de 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