

MMM Platinum (HMO-SNP) ofrecido por MMM of Florida, Inc. (MMM Medicare y Mucho Más)

Notificación Anual de Cambios para 2021

Usted está actualmente inscrito en MMM Platinum. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

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 cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Busque en las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones como, por ejemplo, se necesita 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 2021 y busque en la Sección 1.6 para obtener información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede representar un ahorro en sus costos máximos de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los costos de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estas tablas señalan cuáles fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra

información de costos de medicamentos de año en año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pudieran cambiar sus costos por medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo especialistas que usted visita regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Busque en la Sección 1.3 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 cobertura Medicare?

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

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

- Verifique la cobertura y costos de planes en su área.
 - Utilice la herramienta de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte de atrás de su folleto *Medicare y Usted*.
 - Busque en la Sección 2.2 para conocer más sobre sus opciones.

- Una vez limite sus alternativas y seleccione un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cobertura en la página de Internet de ese plan.

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

- Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2020, será inscrito en MMM Platinum.

- Para cambiarse a un **plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Busque en la Sección 2.2, página 15 para conocer más sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, usted será inscrito en MMM Platinum.
- Si se une a otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible, gratis, en español e inglés.
- Por favor, llame a nuestro número de Servicios al Miembro al 1-844-212-9858 (libre de cargos) para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- De solicitarla, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como en braille, letra agrandada, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Miembro si necesita la información de nuestro plan en otro formato.
- **La cobertura bajo este plan cualifica como Cobertura 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 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Sobre MMM Platinum

- MMM of Florida, Inc. es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con Florida Agency for Healthcare Administration. La afiliación en MMM of Florida, Inc. depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM of Florida, Inc. (MMM Medicare y Mucho Más). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a MMM Platinum.

Resumen de Costos Importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y de 2021 para MMM Platinum en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*. Si usted es elegible para asistencia para los costos compartidos de Medicare, bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas a la oficina del doctor y estadías hospitalarias.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0 o hasta \$28.50	\$0 o hasta \$30.80
* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la Sección I.I para más detalles.		
Visitas a oficinas médicas	Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita	Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Estadías hospitalarias / Hospitalizaciones 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>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 1.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$45 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos): \$100 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Especializados): 25% de coaseguro 	<p>Deducible: \$445</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$25 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos): \$100 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Especializados): 25% de coaseguro

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</p> <p>Éste es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B. (Vea la sección 1.2 para detalles.)</p>	<p>\$500</p> <p>Si usted es elegible para asistencia para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar la cantidad máxima de pagos de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$500</p> <p>Si usted es elegible para asistencia para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar la cantidad máxima de pagos de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.</p>

Notificación Anual de Cambios para 2021
Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios a los Beneficios y Costos para el Próximo Año	5
Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual	5
Sección 1.2 – Cambios a la Cantidad Máxima de Pagos de su Bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores	6
Sección 1.4 – Cambios a la Red de Farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios a los Beneficios y Costos por Servicios Médicos	7
Sección 1.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Decidir cuál plan elegir	14
Sección 2.1 – Si quiere quedarse en MMM Platinum	14
Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 3 La fecha límite para cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	17
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	17
Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de MMM Platinum	17
Sección 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare.....	18
Sección 6.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid.....	19

SECCIÓN I Cambios a los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima Mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 o hasta \$28.50	\$0 o hasta \$30.80

Sección 1.2 – Cambios a 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". Una vez alcance esta cantidad, por lo general, no paga nada por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</p> <p>Dado a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, son pocos los miembros que alcanzan este costo máximo en pagos de su bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no será responsable de pagar cualquier costo de su bolsillo para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por la Prima del Plan y por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p> <p>No hay cambios para el próximo año.</p>	<p>\$500</p>	<p>\$500</p> <p>Cuando usted ha pagado \$500 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B; usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año natural.</p>

Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red proveedores para el próximo año. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro 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 2021 para ver si sus proveedores (médicos primarios, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios a 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, en efecto, su doctor o especialista deja su plan, usted tiene algunos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, tenemos que brindarle acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un intento de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de anticipación que su proveedor va a dejar 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 está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo continúe sin interrupciones, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.
- Si entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su doctor o proveedor va a dejar su plan, por favor llámenos para así poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

Sección 1.4 – Cambios a la Red de Farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de cuál farmacia usa. Los planes de medicamentos Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si las adquiere 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.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro 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 2021 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios a los Beneficios y Costos por Servicios Médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa de los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para detalles sobre cobertura 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 Cobertura* 2021. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestra página de Internet en www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios Adicionales de Telehealth – Suplementarios	Servicios suplementarios adicionales de Telehealth no cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por servicios suplementarios adicionales de Telehealth con el médico primario (PCP).
Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) - Suplementarios	<p>Usted paga \$0 de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$90 cada mes para ser usados en la compra de artículos OTC de salud y bienestar. Medicamentos y artículos de OTC disponibles en farmacias al detal o mediante órdenes entregadas por correo.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vitaminas y minerales 2. Pruebas y seguimiento en el hogar 3. Reemplazo de hormonas 4. Artículos para perder peso 5. Suplemento de fibra 6. Suplidos de primeros auxilios 7. Suplidos de incontinencia 8. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos que alivian síntomas 9. Bloqueador solar tópico 	<p>Usted paga \$0 de copago por medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC) suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$90 cada mes para ser usados en la compra de artículos Medicamentos y artículos de OTC disponibles mediante órdenes entregadas por correo o entregas al hogar.</p> <p>El plan cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vitaminas y minerales 2. Pruebas y seguimiento en el hogar 3. Suplemento de fibra 4. Suplidos de primeros auxilios 5. Suplidos de incontinencia 6. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos que alivian síntomas 7. Bloqueador solar tópico 8. Elementos de apoyo para mayor comodidad 9. Cuidado de la boca

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>10. Elementos de apoyo para mayor comodidad</p> <p>11. Cuidado de la boca</p> <p>12. Terapia de Reemplazo de Nicotina</p>	<p>10. Terapia de Reemplazo de Nicotina</p>
<p>Servicios dentales comprensivos-Suplementario</p>	<p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <p>Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de metal fundido para dentadura parcial con base de resina cada cinco (5) años.</p> <p>Dentadura parcial de base flexible <u>no</u> cubierta.</p> <p>Dentaduras fijas <u>no</u> cubierta.</p> <p>Los servicios de periodoncia <u>no</u> cubierta.</p>	<p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <p>Dentadura removible completa y parcial en base de resina o estructura de metal fundido para dentadura parcial con base de resina o dentadura parcial de base flexible cada cinco (5) años.</p> <p>Dentaduras fijas cubiertas una (1) por diente, cada cinco (5) años.</p> <p><u>Servicios de periodoncia</u></p> <p>Gingivectomía o gingivoplastia cubierta una (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses.</p> <p>Cirugía ósea cubierta una (1) por cuadrante cada treinta y seis (36) meses.</p> <p>Alargamiento clínico de la corona, tejido duro cubierto.</p> <p>El raspado periodontal y el alisado radicular cubierto una (1) vez por cuadrante cada veinticuatro (24) meses.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
		<p>El mantenimiento periodontal cubierto una (1) vez cada seis (6) meses.</p> <p>La evaluación periodontal comprensiva cubierto una (1) vez cada treinta y seis (36) meses.</p>
Espeuelos - Suplementarios	Usted paga \$0 de copago por espeuelos suplementarios. Usted es elegible para hasta \$350 por año para ser usados para la compra de espeuelos (marcos y lentes) y / o lentes de contacto.	Usted paga \$0 de copago por espeuelos suplementarios. Usted es elegible para hasta \$500 por año para ser usados para la compra de espeuelos (marcos y lentes) y / o lentes de contacto.
Servicios de audición - Suplementarios	<p>Usted paga \$0 de copago por aparatos auditivos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$1,500 por año para compra de aparatos auditivos para ambos oídos combinados.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por aparatos auditivos suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta \$2,000 por año para compra de aparatos auditivos para ambos oídos combinados.</p>

Sección 1.6 – Cambios a la Cobertura 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 está disponible electrónicamente.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para algunos 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 un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, 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 miembros actuales** a que soliciten una excepción antes de comenzar el nuevo año.
 - Para saber lo que tiene que hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* (*¿Qué hacer si usted tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) o llame a Servicios al Miembro.
- **Junto su médico (u otro que le recete), busquen un medicamento diferente** que sí cubramos. Usted puede llamar a Servicios al Miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

El plan ofrece orientación a los miembros afectados sobre cómo proceder después de que se le haya provisto un suministro temporero de manera que se lleve a cabo una transición apropiada y beneficiosa 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 cobertura del medicamento con excepción de aquellos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare.

El plan continuará proveyéndole los medicamentos necesarios al miembro mediante una extensión del período de transición, según sea el caso, en la medida en que su solicitud de excepción o apelación no haya sido 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 natural) para el cual fueron aprobadas, independientemente de cuándo 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.

Cuando hacemos estos 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 como establecido y proveeremos cualquier otra información requerida para reflejar cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que pudiéramos hacerle a la Lista de Medicamentos, vea el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios a los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si está 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.** Le enviamos un documento aparte llamado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también conocido como “Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos o LIS Rider), que le explica los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este documento para el 30 de septiembre, por favor llame a Servicios al Miembro y solicite el LIS Rider. Los números de teléfono para Servicios al Afilado están en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto 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 Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a los primeros dos niveles – La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza los otros dos niveles – La Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios a la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa I: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Marca Preferida, Marca No-Preferida y Medicamentos de Especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$435.</p> <p>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$89, dependiendo el nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. (Vea el documento "LIS Rider", para la cantidad de su deducible).</p>	<p>El deducible es \$445.</p> <p>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$92, dependiendo el nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. (Vea el documento "LIS Rider", para la cantidad de su deducible).</p>

Cambios a su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez pague su deducible anual se moverá a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos en este renglón son por un suministro 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 por un suministro a largo plazo, o para recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 en su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 Genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga \$45 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos No Preferidos: Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 Medicamentos Especializados: Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez su costo total por medicamentos haya</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 Genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga \$25 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos No Preferidos: Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 Medicamentos Especializados: Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez su costo total por medicamentos haya</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>alcanzado \$4,500, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p> <p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos:</p> <p>Medicamentos para la Disfunción Eréctil</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted es elegible para un máximo de cuatro (4) pastillas recetadas cada mes.</p>	<p>alcanzado \$4,500, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p> <p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos:</p> <p>Medicamentos para la Disfunción Eréctil</p> <p>Usted paga \$0 por medicamentos Genéricos Preferidos y \$25 por medicamentos de Marca Preferida.</p> <p>Usted es elegible para un máximo de cuatro (4) pastillas recetadas cada mes.</p>

Cambios a la Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

La Etapa de Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica son otras dos etapas en la cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de estas dos etapas.**

Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir cuál plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere quedarse en MMM Platinum

Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original en o antes del 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro MMM Platinum.

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerle como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Aprenda y compare sus opciones

- Usted puede unirse a otro plan de salud Medicare
- – O -- Usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de Medicamentos Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 4), o llame a Medicare (ver Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes Medicare en la página electrónica de Medicare. Acceda a www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cobertura y niveles de calidad de los planes Medicare.**

Como recordatorio, MMM of Florida (MMM Medicare y Mucho Más) ofrece otros planes de salud Medicare. Estos planes pueden ser distintos en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Platinum.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Platinum.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted tiene que:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección 6.1 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.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se afilia a un plan separado de medicamentos Medicare, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que usted haya escogido no participar en inscripción automática.

SECCIÓN 3 La fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse 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 2021.

¿Hay otros momentos en el año para hacer un cambio?

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otros momentos del año. Por ejemplo, a las personas con Medicaid, a los que reciben “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos recetados, a los que tienen o dejarán de tener cobertura patronal y a los que se mudan fuera del área de servicio se les pudiese permitir hacer un cambio durante otros momentos del año.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 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 Florida, el SHIP se llama *Serving Health Insurance Needs of Elders* (SHINE, por sus siglas en inglés.)

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE, por sus siglas en inglés) es independiente (no está relacionado 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 a las personas con Medicare. Los consejeros del *Serving Health Insurance Needs of Elders* (SHINE, por sus siglas en inglés) le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a *Serving Health Insurance Needs of Elders* (SHINE, por sus siglas en inglés) al 1-800-963-5337. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. Usted puede conocer más sobre *Serving Health Insurance Needs of Elders* (SHINE, por sus siglas en inglés) visitando su página electrónica (<http://www.floridashine.org>)

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame a la Administración para el Cuidado de la Salud de Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) al 1-888-419-3456, de lunes a viernes de

8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY (audioimpedidos) deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte cómo se afecta la forma en que recibe su cobertura Administración para el Cuidado de la Salud de Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) si se une a otro plan o vuelve a Medicare Original.

SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Usted pudiera cualificar para asistencia para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare:** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito para recibir “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio para Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de las primas de su plan de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Debido a que cualifica, usted no tendrá una brecha de cobertura o penalidad por afiliación tardía. Si tiene dudas acerca de la Ayuda Adicional, 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 de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de 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 con 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 criterios específicos, incluyendo prueba de residencia en el Estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según los define el Estado y no tener seguro médico o tener una cobertura limitada. Los 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 *Florida AIDS Drug Assistance Program* (ADAP). Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (inglés), 1-800-545-7432 (español), 1-800-243-7101 (creole). Usuarios de TTY deben llamar al 1-888-503-7118.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de MMM Platinum

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Miembro al 1-844-212-9858. (TTY solamente, llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a

domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son libres de cargos.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2021* (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 costos para 2021. Para obtener más información, busque en la *Evidencia de Cobertura de 2021* para MMM Platinum. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestra página Web (Internet)

También puede visitar nuestra página de Internet en www.mmm-fl.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 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página Web de Medicare

Visite la página Web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, cobertura y calificaciones para ayudarle a comparar planes de salud Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2021*. 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 (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid

Para más información sobre Medicaid puede llamar a la Administración para el Cuidado de la Salud de Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) al 1-888-419-3456, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY (audio impedidos) deben llamar al 1-800-955-8771.