

1 de enero de 2025

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE THERAPY NETWORK OF PUERTO RICO

Resumen de beneficios Productos Individuales y Grupales de MMM y PMC 2025

Estimado Proveedor:

En Therapy Network de Puerto Rico deseamos orientarle sobre los beneficios de los productos individuales y grupales de MMM y PMC, suscritos por MMM Healthcare, Inc., efectivos el 1 de enero de 2025.

Servicios Cubiertos por el Plan

Es de suma importancia saber que el Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establece que cuando los afiliados reciben **servicios incluidos en su cubierta del plan**, no se les debe cobrar un costo compartido mayor al establecido por el plan. De igual manera, CMS establece que los proveedores contratados no deben cobrarle al afiliado la diferencia entre la tarifa propietaria de su oficina y la cantidad pagada por el plan. Por lo tanto, antes de ofrecer el servicio, el proveedor debe validar si está cubierto por el plan del paciente y cuál es el copago o coaseguro aplicable. De esta manera, el proveedor puede explicarle al afiliado cuál es su responsabilidad de pago. CMS desapruueba la práctica de que el afiliado firme un acuerdo, en el que consienta pagar la diferencia. El proveedor debe regirse por los términos de la cubierta del afiliado.

Para su referencia, le incluimos la tabla con los copagos y coaseguros de los productos individuales y grupales de MMM y PMC que aplican específicamente a sus especialidades, indicándoles el copago o coaseguro que corresponde pagar a los afiliados, según aplique.¹ Le exhortamos a compartir esta información con su personal de facturación y las áreas que usted entienda necesarias para que también estén informadas. Recuerde que la información de beneficios provista en esta comunicación es un resumen y no una descripción detallada. Limitaciones podrían aplicar.

Servicios Cubiertos por el Plan

En caso de que el paciente decida recibir **servicios no cubiertos por el plan**, debe asegurarse de documentar por escrito el acuerdo de pago con el paciente antes de brindarle el servicio. Dicho acuerdo escrito debe:

- indicar claramente que el servicio no está cubierto por el plan.
- desglosar los códigos y costos por cada servicio no cubierto.
- ser firmado por el paciente y archivarse en el expediente del paciente.

¹ Esta comunicación es de carácter informativo. Para detalles sobre los beneficios debe referirse a la Explicación de Cubierta (EOC) aplicable.

Valoramos y agradecemos su compromiso con la prestación de servicios a los afiliados de MMM y PMC, suscritos por MMM Healthcare, Inc., en cumplimiento con los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Para más información sobre este particular, puede comunicarse al 1.877.614.5056 (libre de costo) y marcar la opción 2 para contactar al Departamento de Relaciones con el Proveedor, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 pm. También puede contactar a su Representante de Servicio al Proveedor asignado.

Cordialmente,



Ricardo Grover Colón
Director de la Red
Therapy Network of Puerto Rico

**Copagos y coaseguros aplicables a las cubiertas de los productos
 MMM y PMC para el 2025**

PLAN DESCRIPTION (Descripción de Cubierta)	ESPECIALISTA	TERAPIA
MMM AEE (HMO-POS)	\$15.00	\$15.00
MMM Alianza Flex (HMO-POS)	\$10.00	\$10.00
MMM Alianza Mas (HMO-POS)	\$5.00	\$0.00
MMM Alianza Relax (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Alianza Somos (HMO-POS)	\$3.00	\$4.00
MMM Alianza UPR Cash (HMO-POS)	\$5.00	\$0.00
MMM Alianza UPR Dinámico (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Alianza UPR Grande (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Alianza Valor (HMO-POS)	\$5.00	\$0.00
MMM Avance Flex	\$0.00	\$0.00
MMM Balance (HMO-POS)	\$0.00	\$4.00
MMM Claro (HMO-POS)	\$5.00	\$10.00
MMM Combo Platino (HMO D-SNP)	\$0.00	\$0.00
MMM Diamante Platino (HMO-D-SNP)	\$0.00	\$0.00
MMM Dorado Platino (HMO-DSNP)	\$0.00	\$0.00
MMM ELA Advantage	\$0.00	\$10.00
MMM ELA Cash (HMO-POS)	\$0.00	\$4.00
MMM ELA Relax (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Elite (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Flexi Platino (HMO D-SNP)	\$0.00	\$0.00
MMM Grandioso (HMO POS)	\$3.00	\$5.00
MMM Máximo Flex - CIAPR (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Mega Flex (HMO-POS)	\$5.00	\$7.00
MMM Plenitud (HMO POS)	\$0.00	\$4.00
MMM Pleno Flex	\$0.00	\$0.00
MMM Relax Platino (HMO D-SNP)	\$0.00	\$0.00
MMM Supremacy I (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Supremacy II (HMO-POS)	\$0.00	\$4.00
MMM Supremacy III (HMO-POS)	\$3.00	\$4.00
MMM Supremo (HMO-C-SNP)	\$0.00	\$4.00
MMM Unico (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Valioso (HMO-POS)	\$5.00	\$10.00
MMM Wells Fargo & Company Flex (HMO-POS)	\$0.00	\$0.00
MMM Deluxe (HMO-POS)	\$5.00	\$5.00
PMC Max (HMO POS)	\$0.00	\$4.00
PMC Premier Platino (HMO D-SNP)	\$0.00	\$0.00