

RESUMEN DE BENEFICIOS

MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS)

MCS Classicare ELA Máximo (HMO-POS)

MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)

MCS Classicare ELA Sólido (HMO-POS)

MCS Classicare Gobierno Ahorro (HMO-POS)

MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)



2025

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES

Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
Reducción a la prima mensual de la parte B
Deducible
Responsabilidad de la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Máximo de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos dentro de la red durante el año.

CUBIERTA DE HOSPITAL

Cubierta hospitalaria ¹
Servicios de hospital ambulatorio ¹
Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ¹

VISITAS A MÉDICOS

Proveedores de cuidado primario
Especialistas
Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes) Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.

MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

Usted paga \$0	Usted paga \$100	Usted paga \$100
\$0 mensualmente	\$50 mensualmente	\$0 mensualmente
Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible
\$6,700 anualmente	\$6,700 anualmente	\$6,700 anualmente
Dentro de la red: \$0 de copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$0 de copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$0 de copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total



RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

Cuidado de emergencia

Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago por el cuidado de emergencia.

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

Servicios de urgencia

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS/ IMÁGENES

Pruebas y procedimientos diagnósticos ¹

Servicios de laboratorio¹

Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) ¹

Rayos X ¹

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Examen de audición cubierto por Medicare

Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente

Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente



MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

\$25 de copago por visita

\$25 de copago por visita

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
0% del costo total
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
0% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
0% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
0% del costo total

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

Audífonos ¹

SERVICIOS DENTALES

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Servicios dentales diagnósticos y preventivos ¹

- Examen oral
- Rayos X dentales
- Profilaxis (limpieza)
- Tratamiento de fluoruro

No aplica máximo de cubierta para los servicios diagnósticos y preventivos.

Servicios dentales comprensivos ¹

- Servicios restaurativos (incluyendo coronas)
- Prostodoncia (fija y removible)

SERVICIOS DE VISIÓN

Examen de la vista cubierto por Medicare

Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente

Artículos de la vista

MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos”

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Hasta \$2,500 anualmente
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos”

MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Hasta \$1,250 por oído anualmente
Fuera de la red (POS):
0% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Hasta \$3,500 anualmente
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Hasta \$800 anualmente
Fuera de la red (POS):
0% del costo total

MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos”

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Hasta \$4,500 anualmente
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos”



RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Intrahospitalaria ²

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización siquiátrica brindados en un hospital general.

Visita ambulatoria para terapia individual ²
 Visita ambulatoria para terapia grupal ²

BENEFICIOS ADICIONALES

Centro de enfermería especializada ¹

Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.

Terapia física ¹

También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de cobertura o contacte al plan para detalles.

Ambulancia
 Ambulancia Aérea ¹
 Ambulancia Terrestre ¹

Transportación

Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.

**MCS Classicare
GOBIERNO AHORRO**
(HMO-POS)

**MCS Classicare
ELA CRÉDITO RUBÍ**
(HMO-POS)

**MCS Classicare
ELA ENLACE ACERO**
(HMO-POS)

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
20% del costo total

Dentro de la red:
Usted no paga nada.
**Hasta 18 viajes de ida o vuelta
anualmente**
Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada.
**Hasta 18 viajes de ida o vuelta
anualmente**
Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada.
**Hasta 32 viajes de ida o vuelta
anualmente**
Fuera de la red (POS):
No está cubierto

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
 2. Preautorización a través de MCS Solutions.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de radiación y quimioterapia ¹

Otros medicamentos de la Parte B ¹

Medicamentos de insulina



EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS

Equipo médico duradero (DME) ¹

Aparatos protésicos ¹



Suplidos para la diabetes ¹

PROGRAMAS DE BIENESTAR

Beneficio de salud física

Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)

MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

<p>Dentro de la red: 0% - 5% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: 0% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: 0% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>
<p>Dentro de la red: 0% - 10% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: 0% - 5% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: 0% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>
<p>Dentro de la red: 0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total, máximo \$35 copago</p>	<p>Dentro de la red: 0% - 5% del costo total, máximo \$35 copago</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total, máximo \$35 copago</p>	<p>Dentro de la red: 0% del costo total, máximo \$35 copago</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total, máximo \$35 copago</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>
<p>Dentro de la red: 0% - 5% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: 0% - 5% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: 0% del costo total</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): 20% del costo total</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>

¹. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

BENEFICIOS DE BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)

Reflexología podal

Tecnologías de acceso remoto (telemedicina)

Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud para una enfermedad menor con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.

Si el médico determina que la condición no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario.

Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono celular, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada. Refiérase a su Evidencia de cobertura para más detalles.

Servicios adicionales de acupuntura



MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)	MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)	MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto
Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS



Tarjeta Te Paga ^{3,4}



Servicios de asistencia en el hogar ^{3,5,6,7}
Incluye servicios de peluquería, corte de grama, plomería, cerrajería, electricidad, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza/desinfección preventiva del hogar.

Sólo aplican a reparaciones simples y servicios básicos, según la evaluación que realice el suplidor de servicios.



Transportación para necesidades no médicas ³
Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.

OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos ¹

MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)	MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)	MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)
<p>Dentro de la red: \$600 anualmente (\$50 mensualmente)</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: \$1,260 anualmente (\$105 mensualmente)</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: \$1,980 anualmente (\$165 mensualmente)</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>
<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS): No está cubierto</p>
<p>Hasta \$800 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos</p>	N/A	<p>Hasta \$900 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos</p>

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 3. SSBCI: Los beneficios mencionados son parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con condiciones crónicas, como: Enfermedades cardiovasculares, Hipertensión, Diabetes, Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes, Enfermedad renal crónica y otras condiciones no enlistadas. La elegibilidad no está garantizada basado solamente en su condición. Se debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes que el beneficio sea

brindado. Para detalles, favor contactarnos. 4. Este beneficio no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo ni para la compra de bebidas alcohólicas ni tabaco ni sus derivados. 5. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre. 6. Para los servicios de peluquería (lavado, corte y secado) usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir estos servicios. Comuníquese con el proveedor de Asistencia en el Hogar para más detalles. 7. Solo aplican las reparaciones simples y servicios básicos según la evaluación que realice el suplidor de servicios.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES

Prima mensual del plan
Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare

Reducción a la prima mensual de la parte B

Deducible

Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)
Máximo de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos dentro de la red durante el año.

CUBIERTA DE HOSPITAL

Cubierta hospitalaria ¹

Servicios de hospital ambulatorio ¹

Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ¹

VISITAS A MÉDICOS

Proveedores de cuidado primario

Especialistas

Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.



MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
Usted paga \$100	Usted paga \$100	Usted paga \$100
\$101 mensualmente	\$174.70 mensualmente	\$101 mensualmente
Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible
\$6,700 anualmente	\$6,700 anualmente	\$6,700 anualmente
Dentro de la red: \$0 de copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$50 de copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$50 de copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$50 de copago Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$50 de copago Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$10 de copago por visita Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$10 de copago por visita Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

Cuidado de emergencia

Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago por el cuidado de emergencia.

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

Servicios de urgencia

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS/ IMÁGENES

Pruebas y procedimientos diagnósticos ¹

Servicios de laboratorio¹

Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) ¹

Rayos X ¹

SERVICIOS DE AUDICIÓN

Examen de audición cubierto por Medicare

Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente

Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente



MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla
		MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
\$25 de copago por visita	\$75 de copago por visita	\$75 de copago por visita
Usted no paga nada	\$10 de copago por visita	\$10 de copago por visita
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 20% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	
Audífonos ¹	
SERVICIOS DENTALES	
Servicios dentales cubiertos por Medicare	
Servicios dentales diagnósticos y preventivos ¹ - Examen oral - Rayos X dentales - Profilaxis (limpieza) - Tratamiento de fluoruro No aplica máximo de cubierta para los servicios diagnósticos y preventivos.	
Servicios dentales comprensivos ¹ - Servicios restaurativos (incluyendo coronas) - Prótesis (fija y removible)	
SERVICIOS DE VISIÓN	
Examen de la vista cubierto por Medicare	
Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente	
Artículos de la vista	



MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Hasta \$3,000 anualmente Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Hasta \$2,000 anualmente Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Hasta \$2,500 anualmente Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
 8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Intrahospitalaria ²

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización siquiátrica brindados en un hospital general.



Visita ambulatoria para terapia individual ²
 Visita ambulatoria para terapia grupal ²

BENEFICIOS ADICIONALES

Centro de enfermería especializada ¹

Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.



Terapia física ¹

También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de cobertura o contacte al plan para detalles.

Ambulancia
 Ambulancia Aérea ¹
 Ambulancia Terrestre ¹

Transportación

Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.

	MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$50 de copago por visita Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$50 de copago por visita Fuera de la red (POS): 20% del costo total
	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
	Dentro de la red: Usted no paga nada. Hasta 16 viajes de ida o vuelta anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada. Hasta 12 viajes de ida o vuelta anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada. Hasta 12 viajes de ida o vuelta anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de quimioterapia y radiación ¹

Otros medicamentos de la Parte B ¹

Medicamentos de insulina

EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS

Equipo médico duradero (DME) ¹

Aparatos protésicos ¹

Suplidos para la diabetes ¹

PROGRAMAS DE BIENESTAR

Beneficio de salud física

Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)



MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla
		MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 0% - 5% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 0% - 5% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 0% - 10% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 0% - 10% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: 0% del costo total, máximo \$35 copago Fuera de la red (POS): 20% del costo total, máximo \$35 copago	Dentro de la red: 0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago Fuera de la red (POS): 20% del costo total, máximo \$35 copago	Dentro de la red: 0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago Fuera de la red (POS): 20% del costo total, máximo \$35 copago
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: 0% del costo total Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto
Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

BENEFICIOS DE BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)

Reflexología podal

Tecnologías de acceso remoto (telemedicina)

Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud para una enfermedad menor con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.

Si el médico determina que la condición no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario.

Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono celular, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada. Refiérase a su Evidencia de cobertura para más detalles.

Servicios adicionales de acupuntura



	MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla
			MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$10 de copago por visita Fuera de la red (POS): 20% del costo total	Dentro de la red: \$10 de copago por visita Fuera de la red (POS): 20% del costo total
Reflexología podal	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto
Tecnologías de acceso remoto (telemedicina)	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto
Servicios adicionales de acupuntura	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS



Tarjeta Te Paga ^{3,4}



Servicios de asistencia en el hogar ^{3,5,6,7}
Incluye servicios de peluquería, corte de grama, plomería, cerrajería, electricidad, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza/desinfección preventiva del hogar.



Sólo aplican a reparaciones simples y servicios básicos, según la evaluación que realice el suplidor de servicios.

Transportación para necesidades no médicas ³

Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.

OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos ¹

**MCS Classicare
ELA TE AYUDA**
(HMO-POS)

**MCS Classicare
ELA MÁXIMO**
(HMO-POS)

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**MCS Classicare
ELA SÓLIDO**
(HMO-POS) ⁸

Dentro de la red:
\$780 anualmente
(\$65 mensualmente)⁵

Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
\$360 anualmente
(\$30 mensualmente)

Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
\$1,440 anualmente
(\$120 mensualmente)

Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Doce (12) visitas anualmente
(máximo 3 trimestrales)

Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Doce (12) visitas anualmente
(máximo 3 trimestrales)

Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Doce (12) visitas anualmente
(máximo 3 trimestrales)

Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Dentro de la red:
Usted no paga nada
Fuera de la red (POS):
No está cubierto

Hasta **\$700** anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos

Hasta **\$800** anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos

Hasta **\$600** anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 3. SSBCI: Los beneficios mencionados son parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con condiciones crónicas, como: Enfermedades cardiovasculares, Hipertensión, Diabetes, Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes, Enfermedad renal crónica y otras condiciones no enlistadas. La elegibilidad no está garantizada basado solamente en su condición. Se debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes que el beneficio sea brindado. Para detalles, favor contactarnos. 4. Este beneficio no se puede utilizar para retiro de dinero en

efectivo ni para la compra de bebidas alcohólicas ni tabaco ni sus derivados. 5. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre. 6. Para los servicios de peluquería (lavado, corte y secado) usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir estos servicios. Comuníquese con el proveedor de Asistencia en el Hogar para más detalles. 7. Solo aplican las reparaciones simples y servicios básicos según la evaluación que realice el suplidor de servicios. 8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

MEDICAMENTOS RECETADOS


ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTOS
DEDUCIBLE ANUAL	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.
 <p>COBERTURA INICIAL</p> <p>Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen \$2,000. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.</p>	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selecto
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selecto
COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
Nivel 1 - Genéricos preferidos	
Nivel 2 - Genéricos	
Nivel 3 - Marca preferida	
Nivel 4 - Marca no preferida	
Nivel 5 - Medicamentos especializados	
Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selecto	
COBERTURA CATASTRÓFICA	<p>Usted ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos.

El costo compartido puede cambiar para farmacias de cuidado a largo plazo (LTC), farmacias de medicamentos de infusión en el hogar y farmacias fuera de la red. También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D. Por favor consulte su Evidencia de cobertura para más detalles.

MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)	MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)	MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$4 copago	\$0 copago
\$5 copago	\$8 copago	\$0 copago
25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$12 copago	\$0 copago
\$15 copago	\$24 copago	\$0 copago
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$8 copago	\$0 copago
\$10 copago	\$16 copago	\$0 copago
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago



MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTOS
DEDUCIBLE ANUAL	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.
 <p>COBERTURA INICIAL</p> <p>Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen \$2,000. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.</p>	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selecto
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selecto
	COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
Nivel 4 - Marca no preferida	
Nivel 5 - Medicamentos especializados	
Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selecto	
COBERTURA CATASTRÓFICA	<p>Usted ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos.

El costo compartido puede cambiar para farmacias de cuidado a largo plazo (LTC), farmacias de medicamentos de infusión en el hogar y farmacias fuera de la red. También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D. Por favor consulte su Evidencia de cobertura para más detalles.

MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)	MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)	Acceso a la red de proveedores en toda la isla
		MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) ⁸
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$2 copago	\$5 copago	\$0 copago
\$4 copago	\$10 copago	\$0 copago
25% del costo total	33% del costo total	33% del costo total
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$6 copago	\$15 copago	\$0 copago
\$12 copago	\$30 copago	\$0 copago
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$4 copago	\$10 copago	\$0 copago
\$8 copago	\$20 copago	\$0 copago
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago



Esto es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MCS Classicare

I de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios provista es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com para ver su *Evidencia de cobertura 2025*.

Para afiliarse a MCS Classicare, debe tener la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Usted también es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando usted sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos o cuando era miembro de otro plan que terminó. Solo cualifican para afiliación en estos planes los retirados del gobierno bajo la Ley 95.

Para **MCS Classicare Gobierno Ahorro (HMO-POS)**, **MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS)**, **MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)**, **MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)** y **MCS Classicare ELA Máximo (HMO-POS)**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.

Para **MCS Classicare ELA Sólido (HMO-POS)**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Barceloneta, Cabo Rojo, Camuy, Ciales, Corozal, Florida, Guánica, Guayanilla, Hatillo, Hormigueros, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Lajas, Lares, Las Marías, Manatí, Maricao, Mayagüez, Moca, Morovis, Orocovis, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Sabana Grande, San Germán, San Sebastián, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Villalba y Yauco.

MCS Classicare (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios puede usar proveedores que no están en nuestra red (*Point of Service*, POS). Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de MCS Classicare, excepto en situaciones de emergencia. La cubierta para servicios recibidos fuera de la red se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente. Llame a nuestro número del Centro de Llamadas o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.

Aprobado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

¿Cómo obtener ayuda de Medicare?

Si desea conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de “Medicare y usted”. Véalo en línea en <https://es.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Documentos del plan en otros formatos e idiomas

Este documento está disponible en otros formatos tales como letra agrandada, braille y audio CD. Este documento también está disponible de forma gratuita en inglés. Llame a nuestro Centro de Llamadas si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Números de teléfono y sitio web del plan

Para más información, por favor comuníquese con nosotros a los números telefónicos a continuación o visítenos en www.mcsclassicare.com

Si usted es afiliado de este plan, llame libre de cargos al 1-866-627-8183. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.

Si usted no es afiliado de este plan, llame (Área Metropolitana) 787-296-9003 y (Libre de cargos) 1-866-591-4002. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.

Horario de servicio

Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Después de estos horarios de servicio, puede dejarnos un mensaje de voz para obtener información general sobre sus beneficios. Le devolveremos la llamada en nuestro próximo día laborable.

Evidencia de cobertura

Puede ver su Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com

Directorios del plan

Puede ver el **directorío de proveedores y farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com

Cobertura de medicamentos

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia, y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede ver el formulario de nuestro plan (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) en su totalidad y cualquiera de las restricciones, en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com

BENEFICIARIO DE MEDICARE

El que sabe,
está en **MCS Classicare**
(HMO)



Tarjeta MCS Classicare Te Paga ^{3,4}

MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)	MCS Classicare ELA Sólido (HMO-POS) Regional	MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS)
\$1,980 anual (\$165 mensual)	\$1,440 anual (\$120 mensual)	\$1,260 anual (\$105 mensual)
MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)	MCS Classicare Gobierno Ahorro (HMO-POS)	MCS Classicare ELA Máximo (HMO-POS)
\$780 anual (\$65 mensual) ⁵	\$600 anual (\$50 mensual)	\$360 anual (\$30 mensual)

Reducción a la prima mensual de la Parte B

MCS Classicare ELA Máximo (HMO-POS)	MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)	MCS Classicare ELA Sólido (HMO-POS) Regional	MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS)
\$2,096.40 anual (\$174.70 mensual)	\$1,212 anual (\$101 mensual)	\$1,212 anual (\$101 mensual)	\$600 anual (\$50 mensual)

3. SSBCI: Los beneficios mencionados son parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con condiciones crónicas, como: Enfermedades cardiovasculares, Hipertensión, Diabetes, Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes, Enfermedad renal crónica y otras condiciones no enlistadas. La elegibilidad no está garantizada basado solamente en su condición. Se debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes que el beneficio sea

brindado. Para detalles, favor contactarnos. 4. Este beneficio no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo ni para la compra de bebidas alcohólicas ni tabaco ni sus derivados. 5. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre.

¡Quédate con el plan que te ofrece **salud completa!**

Con MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS) tienes:



Medicamentos genéricos y de marca

\$0 copago



Dental comprensivo¹

\$4,500 anual

- Servicios restaurativos (incluyendo coronas)
- Prostodoncia (fija y removible)



Espejuelos y audífonos

Hasta

\$900 anual

Beneficio combinado



Transportación

32 viajes

de ida o vuelta al año



SABÍAS QUE...

Como afiliado activo en el plan, tienes la opción de no recibir llamadas para discutir o conversar sobre los planes Medicare Advantage y Parte D, según establecen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), otros planes de Medicare (no del plan actual) o sobre otros tipos de seguros o líneas de negocio, por ejemplo: seguro de hogar, entre otros. Esto no incluye las llamadas que son estrictamente necesarias para recibir tus beneficios del plan médico.

De no querer recibir este tipo de llamadas, comunícate con el Centro de Llamadas de MCS Classicare al 787-620-2530 (área metro) o al 1-866-627-8183 (libre de costo). TTY (Audio impedidos) pueden comunicarse al 1-866-627-8182. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (1 de octubre - 31 de marzo), y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. (1 de abril al 30 de septiembre).

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-627-8183. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-627-8183. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-627-8183。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-627-8183。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-627-8183. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-627-8183. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-627-8183 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-627-8183. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-627-8183 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-627-8183. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: أهيوذالاً وأهيوذالاً أنتطخ لوح كهيدل نوكت دق نلئسأ ياً نغ فباجلال أناجم هجاتم هيوذالاً فمجرتلأ تامدخ انيدل هيوذالاً فمده هذو. كئتدعالمم نم هيوذالاً شحتي صخش نكمتسي. 1-866-627-8183 مقرلاب لاصتالاً يجرئ، يروف مجرتم يلاً شحتلل.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपबिध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-627-8183 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोति है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-627-8183. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-627-8183. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-627-8183. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-627-8183. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-627-8183 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Salud Completa



H5577_6850924_M