

# 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)



**2026**

# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                     |  | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                                                                                | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                                                                               | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
| Prima mensual del plan                                                                                                                                                                                         |  | Usted paga \$0                                                                                                                                | Usted paga \$100                                                                                                                              | Usted paga \$100                                                                                                                              |
| Reducción a la prima mensual de la parte B                                                                                                                                                                     |  | \$0 mensualmente                                                                                                                              | \$50 mensualmente                                                                                                                             | \$0 mensualmente                                                                                                                              |
| Deducible                                                                                                                                                                                                      |  | Este plan no tiene deducible                                                                                                                  | Este plan no tiene deducible                                                                                                                  | Este plan no tiene deducible                                                                                                                  |
| Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)<br>Máximo de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos dentro de la red durante el año. |  | \$6,700 anualmente                                                                                                                            | \$6,700 anualmente                                                                                                                            | \$6,700 anualmente                                                                                                                            |
| CUBIERTA DE HOSPITAL <sup>1</sup>                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
| Cubierta hospitalaria                                                                                                                                                                                          |  | Dentro de la red:<br>\$0 de copago por<br>estadía intrahospitalaria cubierta por<br>Medicare<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>\$0 de copago por<br>estadía intrahospitalaria cubierta por<br>Medicare<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>\$0 de copago por<br>estadía intrahospitalaria cubierta por<br>Medicare<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Servicios de hospital ambulatorio                                                                                                                                                                              |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      |
| Centro de cirugía ambulatoria (ASC)                                                                                                                                                                            |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      |
| VISITAS A MÉDICOS                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
| Proveedores de cuidado primario                                                                                                                                                                                |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      |
| Especialistas                                                                                                                                                                                                  |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      |
| Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)<br>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.                |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total                                                       | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total                                                       | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total                                                       |

# RESUMEN DE BENEFICIOS

| BENEFICIOS                                                                                                               |                                                        | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                           | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                          | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuidado de emergencia                                                                                                    |                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |
| Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago por el cuidado de emergencia.       |                                                        | \$25 de copago por visita                                                                | \$25 de copago por visita                                                                | \$25 de copago por visita                                                                |
| Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles. |                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |
| Servicios de urgencia necesarios                                                                                         |                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |
| Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles  |                                                        | Usted no paga nada                                                                       | Usted no paga nada                                                                       | Usted no paga nada                                                                       |
| SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS/ IMÁGENES <sup>1</sup>                                                             |                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |
|                                          | Pruebas y procedimientos diagnósticos                  | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
|                                                                                                                          | Servicios de laboratorio                               | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
|                                        | Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
|                                                                                                                          | Rayos X                                                | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| SERVICIOS DE AUDICIÓN                                                                                                    |                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |
| Examen de audición cubierto por Medicare                                                                                 |                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente                                                                        |                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente                                                                  |                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total  |



# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                           | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                                                           | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                                                              | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Audífonos <sup>1,3</sup>                                                                                                                                                                                                                             | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 14-15. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$1,250 por oído anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 14-15. |
| SERVICIOS DENTALES                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                              |                                                                                                                          |
| Servicios dentales cubiertos por Medicare                                                                                                                                                                                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid<br>- Examen oral<br>- Rayos X dentales <sup>1</sup><br>- Profilaxis (limpieza)<br>- Tratamiento de fluoruro<br><br>No aplica máximo de cubierta para los servicios diagnósticos y preventivos. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Servicios dentales comprensivos <sup>1,3</sup><br>- Servicios restaurativos (incluyendo coronas)<br>- Prostodoncia (fija y removible)                                                                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$2,500 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$3,500 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total         | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$4,000 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total     |
| SERVICIOS DE VISIÓN                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                              |                                                                                                                          |
| Examen de la vista cubierto por Medicare                                                                                                                                                                                                             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente                                                                                                                                                                                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Artículos de la vista <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                   | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 14-15. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$800 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total            | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 14-15. |

# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                                                                          | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                                                                         | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIOS DE SALUD MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |
| <p>Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados <sup>2</sup></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización siquiátrica brindados en un hospital general.</p> |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                |
| <p>Visita ambulatoria para terapia individual <sup>2</sup></p> <p>Visita ambulatoria para terapia grupal <sup>2</sup></p>                                                                                                                                                                                                                                            |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                |
| BENEFICIOS ADICIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |
| <p>Centro de enfermería especializada <sup>1</sup></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.</p>                                                                                                                                                                                                                                     |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                |
| <p>Terapia física <sup>1</sup></p> <p>Terapia ocupacional, terapia del habla y leguaje estan cubiertas. <sup>1</sup></p>                                                                                                                                                                                                                                             |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                |
| <p>Ambulancia</p> <p>Ambulancia Aérea <sup>1</sup></p> <p>Ambulancia Terrestre</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                |
| <p>Transportación <sup>3,9</sup></p> <p>Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p>                                                                                                                                                                                         |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada.<br>Hasta 18 viajes de ida o vuelta<br>anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada.<br>Hasta 18 viajes de ida o vuelta<br>anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada.<br>Hasta 32 viajes de ida o vuelta<br>anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |

# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                          |  | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                                                                       | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                                                                     | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE                              |  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                              |
| Medicamentos de radiación y quimioterapia <sup>1</sup>              |  | Dentro de la red:<br>0% - 5% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                        | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                            | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                     |
| Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>                       |  | Dentro de la red:<br>0% - 10% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                       | Dentro de la red:<br>0% - 5% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                       | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                     |
| Medicamentos de insulina                                            |  | Dentro de la red:<br>10% del costo total, máximo<br>\$35 copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total, máximo \$35 copago | Dentro de la red:<br>5% del costo total, máximo<br>\$35 copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total, máximo \$35 copago | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total, máximo \$35 copago |
| EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS                                           |  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                              |
| Equipo médico duradero (DME) <sup>1</sup>                           |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                     |
| Aparatos protésicos <sup>1</sup>                                    |  | Dentro de la red:<br>0% - 5% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                        | Dentro de la red:<br>0% - 5% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                       | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                     |
| Suplidos para la diabetes <sup>1</sup>                              |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                     |
| PROGRAMAS DE BIENESTAR                                              |  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                              |
| Beneficios de fitness a través de los programas de bienestar de MCS |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                               | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                        |
| Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)              |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                               | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                        |

# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                                                                   | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                                                                  | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BENEFICIOS DE BIENESTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| Servicios de podiatría cubiertos por Medicare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                         | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                         | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                         |
| Reflexología podal<br>Debe ser ordenado por un médico o profesional de la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto             |
| Tecnologías de acceso remoto Telemedicina<br><br>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 emergenciólogo licenciado.<br><br>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.<br><br>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. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            |
| Servicios adicionales de acupuntura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |

# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)                                                                                                           | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)                                                                                                          | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS 3,5,6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |
| <div></div> <div>Tarjeta Te Paga</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | No está cubierto                                                                                                                                         | Dentro de la red:<br>\$1,260 anualmente<br>(\$105 mensualmente)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                        | Dentro de la red:<br>\$1,980 anualmente<br>(\$165 mensualmente)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                        |
| <div>Servicios de asistencia en el hogar 4</div> <div>Incluye servicios de peluquería (servicios de barbería/salón), corte de grama, plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza /desinfección preventiva del hogar. Solo aplican las reparaciones simples y servicios basicos según la evaluación que realice el suplidor de servicios. Para servicios de peluquería (lavado, secado, corte) usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir los servicios. Contacte al suplidor de Asistencia en el Hogar para más detalles.</div> |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br><br>Doce (12) visitas anualmente<br>(máximo 3 trimestrales)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br><br>Doce (12) visitas anualmente<br>(máximo 3 trimestrales)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br><br>Doce (12) visitas anualmente<br>(máximo 3 trimestrales)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |
| <div>Transportación para necesidades no relacionada con la salud 9</div> <div>Los viajes que utilice para necesidades no médicas van contra el mismo límite de viajes de su beneficio de transportación relacionada con la salud.</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                                |
| OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |
| Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos 1,2,3,8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Hasta \$500 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos                                                                    | N/A                                                                                                                                                      | Hasta \$600 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos                                                                    |



# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                     | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                                                   | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)                                                                                                      | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                                                                        |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
| PRIMAS, DEDUCIBLES Y LÍMITES                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
| Prima mensual del plan                                                                                                                                                                                         | Usted paga \$100                                                                                                                              | Usted paga \$100                                                                                                                               | Usted paga \$100                                                                                                                               |
| Reducción a la prima mensual de la parte B                                                                                                                                                                     | \$101 mensualmente                                                                                                                            | \$174.70 mensualmente                                                                                                                          | \$101 mensualmente                                                                                                                             |
| Deducible                                                                                                                                                                                                      | Este plan no tiene deducible                                                                                                                  | Este plan no tiene deducible                                                                                                                   | Este plan no tiene deducible                                                                                                                   |
| Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)<br>Máximo de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos dentro de la red durante el año. | \$6,700 anualmente                                                                                                                            | \$6,700 anualmente                                                                                                                             | \$6,700 anualmente                                                                                                                             |
| CUBIERTA DE HOSPITAL <sup>1</sup>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
| Cubierta hospitalaria                                                                                                                                                                                          | Dentro de la red:<br>\$0 de copago por<br>estadía intrahospitalaria cubierta por<br>Medicare<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>\$50 de copago por<br>estadía intrahospitalaria cubierta por<br>Medicare<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>\$50 de copago por<br>estadía intrahospitalaria cubierta por<br>Medicare<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Servicios de hospital ambulatorio                                                                                                                                                                              | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                       | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                       |
| Centro de cirugía ambulatoria (ASC)                                                                                                                                                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>\$50 de copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                           | Dentro de la red:<br>\$50 de copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                           |
| VISITAS A MÉDICOS                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
| Proveedores de cuidado primario                                                                                                                                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                       | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                       |
| Especialistas                                                                                                                                                                                                  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                      | Dentro de la red:<br>\$10 de copago por visita<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                | Dentro de la red:<br>\$10 de copago por visita<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                |
| Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)<br><br>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total                                                       | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total                                                        |

# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                               | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                              | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)                                                 | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                          |                                                                                          |                                                                                           | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                    |
| 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 necesarios                                                                                         |                                                                                          |                                                                                           |                                                                                           |
| Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles  |                                                                                          |                                                                                           |                                                                                           |
|                                                                                                                          | \$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                                                                 |
| SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS/ IMÁGENES <sup>1</sup>                                                             |                                                                                          |                                                                                           |                                                                                           |
| Pruebas y procedimientos diagnósticos                                                                                    | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Servicios de laboratorio                                                                                                 | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan)                                                                   | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| Rayos X                                                                                                                  | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |
| SERVICIOS DE AUDICIÓN                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                           |                                                                                           |
| Examen de audición cubierto por Medicare                                                                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente                                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente                                                                  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total   | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total   |

# RESUMEN DE BENEFICIOS

| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                           | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                              | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)                                                                                | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                      | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                          |
| Audífonos <sup>1,3</sup>                                                                                                                                                                                                                             | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 28-29. | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 28-29. | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 28-29. |
| SERVICIOS DENTALES                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                          |                                                                                                                          |
| Servicios dentales cubiertos por Medicare                                                                                                                                                                                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid<br>- Examen oral<br>- Rayos X dentales <sup>1</sup><br>- Profilaxis (limpieza)<br>- Tratamiento de fluoruro<br><br>No aplica máximo de cubierta para los servicios diagnósticos y preventivos. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Servicios dentales comprensivos <sup>1,3</sup><br>- Servicios restaurativos (incluyendo coronas)<br>- Prostodoncia (fija y removible)                                                                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$2,000 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$2,000 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Hasta \$2,500 anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total     |
| SERVICIOS DE VISIÓN                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                          |                                                                                                                          |
| Examen de la vista cubierto por Medicare                                                                                                                                                                                                             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente                                                                                                                                                                                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |



# RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                              | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)                                                                                | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                          |
| Artículos de la vista <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 28-29. | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 28-29. | Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 28-29. |
| SERVICIOS DE SALUD MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                          |                                                                                                                          |                                                                                                                          |
| Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados <sup>2</sup><br><br>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.<br><br>El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización siquiátrica brindados en un hospital general. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>\$50 de copago por visita<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                          | Dentro de la red:<br>\$50 de copago por visita<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                          |
| Visita ambulatoria para terapia individual <sup>2</sup><br>Visita ambulatoria para terapia grupal <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| BENEFICIOS ADICIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                                          |                                                                                                                          |
| Centro de enfermería especializada <sup>1</sup><br><br>Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.                                                                                                                                                                                                                                     | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Terapia física <sup>1</sup><br>Terapia ocupacional, terapia del habla y leguaje estan cubiertas. <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |
| Ambulancia<br>Ambulancia Aérea <sup>1</sup><br>Ambulancia Terrestre                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                 |



# RESUMEN DE BENEFICIOS

| BENEFICIOS                                                                                                                                                            | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                                                     | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)                                                                                                       | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                                                                          |
| Transportación <sup>3,9</sup><br><br>Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan. | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada.<br><br>Hasta 16 viajes de ida o vuelta<br>anualmente<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada.<br><br>Hasta 12 viajes de ida o vuelta<br>anualmente<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada.<br><br>Hasta 12 viajes de ida o vuelta<br>anualmente<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |
| MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |
|  Medicamentos de radiación y quimioterapia <sup>1</sup>                               | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>0% - 5% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                   | Dentro de la red:<br>0% - 5% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                   |
| Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>                                                                                                                         | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>0% - 10% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                  | Dentro de la red:<br>0% - 10% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                  |
|  Medicamentos de insulina                                                           | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total, máximo \$35 copago                                    | Dentro de la red:<br>10% del costo total,<br>máximo \$35 copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total, máximo \$35 copago            | Dentro de la red:<br>10% del costo total,<br>máximo \$35 copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total, máximo \$35 copago            |
| EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |
| Equipo médico duradero (DME) <sup>1</sup>                                                                                                                             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        |
| Aparatos protésicos <sup>1</sup>                                                                                                                                      | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>0% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        |
| Suplidos para la diabetes <sup>1</sup>                                                                                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                                        |

# RESUMEN DE BENEFICIOS

| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                    | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                                      | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                                                           | Acceso a la red de proveedores en toda la isla                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                                                           |
| PROGRAMAS DE BIENESTAR                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| Beneficios de fitness a través de los programas de bienestar de MCS                                                                                                                                                                                                           | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            |
| Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)                                                                                                                                                                                                                        | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            |
| BENEFICIOS DE BIENESTAR                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| Servicios de podiatría cubiertos por Medicare                                                                                                                                                                                                                                 | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                         | Dentro de la red:<br>\$10 de copago por visita<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                  | Dentro de la red:<br>\$10 de copago por visita<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                                  |
| Reflexología podal                                                                                                                                                                                                                                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto             | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto             |
| 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 emergenciólogo 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.                                                                               | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                            |
| 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.                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| Reflexología podal                                                                                                                                                                                                                                                            | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales anualmente<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |
| Debe ser ordenado por un médico o profesional de la salud.                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |



# RESUMEN DE BENEFICIOS



Tarjeta Te Paga



| BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                                                          | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)                                                                                                            | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla<br><br>MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup>                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS <sup>3,5,6</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |
| <br><br>Tarjeta Te Paga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Dentro de la red:<br>\$540 anualmente<br>(\$45 mensualmente) <sup>4</sup><br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                          | Dentro de la red:<br>\$360 anualmente<br>(\$30 mensualmente)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                       | Dentro de la red:<br>\$1,440 anualmente<br>(\$120 mensualmente)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                    |
| <br>Servicios de asistencia en el hogar <sup>4</sup><br><br>Incluye servicios de peluquería (servicios de barbería/salón), corte de grama, plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza /desinfección preventiva del hogar. Solo aplican las reparaciones simples y servicios basicos según la evaluación que realice el suplidor de servicios. Para servicios de peluquería (lavado, secado, corte) usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir los servicios. Contacte al suplidor de Asistencia en el Hogar para más detalles. |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas anualmente<br>(máximo 3 trimestrales)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas anualmente<br>(máximo 3 trimestrales)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas anualmente<br>(máximo 3 trimestrales)<br><br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |
| Transportación para necesidades no relacionada con la salud <sup>9</sup><br><br>Los viajes que utilice para necesidades no médicas van contra el mismo límite de viajes de su beneficio de transportación relacionada con la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                                | Dentro de la red:<br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                                                                |
| OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |
| Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos <sup>1,2,3,8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Hasta \$500 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos                                                                | Hasta \$500 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos                                                                | Hasta \$500 anualmente para un beneficio combinado de espejuelos y aparatos auditivos                                                                |

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## MEDICAMENTOS RECETADOS



| ETAPA 1                                                        | DEDUCIBLE ANUAL        | Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ETAPA 2                                                        | COBERTURA INICIAL      | Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen \$2,100. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                |
| NIVEL DE MEDICAMENTOS                                          |                        | MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br><small>(HMO-POS)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br><small>(HMO-POS)</small> | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br><small>(HMO-POS)</small> |
| COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS) |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos                                 |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                                     | \$0 copago                                                     |
| Nivel 2 - Genéricos                                            |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                                     | \$0 copago                                                     |
| Nivel 3 - Marca preferida                                      |                        | \$0 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$4 copago<br>\$0 copago en insulinas                          | \$5 copago<br>\$0 copago en insulinas                          |
| Nivel 4 - Medicamentos no preferidos                           |                        | \$5 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$8 copago<br>\$0 copago en insulinas                          | \$10 copago<br>\$0 copago en insulinas                         |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados                          |                        | 25% del costo total<br>\$35 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 25% del costo total<br>\$35 copago en insulinas                | 25% del costo total<br>\$35 copago en insulinas                |
| COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS) |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos                                 |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                                     | \$0 copago                                                     |
| Nivel 2 - Genéricos                                            |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                                     | \$0 copago                                                     |
| Nivel 3 - Marca preferida                                      |                        | \$0 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$12 copago<br>\$0 copago en insulinas                         | \$15 copago<br>\$0 copago en insulinas                         |
| Nivel 4 - Medicamentos no preferidos                           |                        | \$15 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$24 copago<br>\$0 copago en insulinas                         | \$30 copago<br>\$0 copago en insulinas                         |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados                          |                        | No se ofrece                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No se ofrece                                                   | No se ofrece                                                   |
| COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)     |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos                                 |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                                     | \$0 copago                                                     |
| Nivel 2 - Genéricos                                            |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                                     | \$0 copago                                                     |
| Nivel 3 - Marca preferida                                      |                        | \$0 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$8 copago<br>\$0 copago en insulinas                          | \$10 copago<br>\$0 copago en insulinas                         |
| Nivel 4 - Medicamentos no preferidos                           |                        | \$10 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$16 copago<br>\$0 copago en insulinas                         | \$20 copago<br>\$0 copago en insulinas                         |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados                          |                        | No se ofrece                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No se ofrece                                                   | No se ofrece                                                   |
| ETAPA 3                                                        | COBERTURA CATASTRÓFICA | Usted ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 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. <ul style="list-style-type: none"><li>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos.</li></ul> |                                                                |                                                                |

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.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## MEDICAMENTOS RECETADOS



|                                                                |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                        |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ETAPA 1                                                        | DEDUCIBLE ANUAL        | Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                        |
| ETAPA 2                                                        | COBERTURA INICIAL      | Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen \$2,100. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                        |
| NIVEL DE MEDICAMENTOS                                          |                        | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)       | Acceso a la red de proveedores en toda la isla         |
|                                                                |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 | MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>7</sup> |
| COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS) |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                        |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos                                 |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                      | \$0 copago                                             |
| Nivel 2 - Genéricos                                            |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$1 copago                                      | \$0 copago                                             |
| Nivel 3 - Marca preferida                                      |                        | \$2 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$10 copago<br>\$0 copago en insulinas          | \$3 copago<br>\$0 copago en insulinas                  |
| Nivel 4 - Medicamentos no preferidos                           |                        | \$4 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$15 copago<br>\$0 copago en insulinas          | \$6 copago<br>\$0 copago en insulinas                  |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados                          |                        | 25% del costo total<br>\$35 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 33% del costo total<br>\$35 copago en insulinas | 33% del costo total<br>\$35 copago en insulinas        |
| COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS) |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                        |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos                                 |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                      | \$0 copago                                             |
| Nivel 2 - Genéricos                                            |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$3 copago                                      | \$0 copago                                             |
| Nivel 3 - Marca preferida                                      |                        | \$6 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$30 copago<br>\$0 copago en insulinas          | \$9 copago<br>\$0 copago en insulinas                  |
| Nivel 4 - Medicamentos no preferidos                           |                        | \$12 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$45 copago<br>\$0 copago en insulinas          | \$18 copago<br>\$0 copago en insulinas                 |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados                          |                        | No se ofrece                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No se ofrece                                    | No se ofrece                                           |
| COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)     |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                        |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos                                 |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 copago                                      | \$0 copago                                             |
| Nivel 2 - Genéricos                                            |                        | \$0 copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$2 copago                                      | \$0 copago                                             |
| Nivel 3 - Marca preferida                                      |                        | \$4 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$20 copago<br>\$0 copago en insulinas          | \$6 copago<br>\$0 copago en insulinas                  |
| Nivel 4 - Medicamentos no preferidos                           |                        | \$8 copago<br>\$0 copago en insulinas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$30 copago<br>\$0 copago en insulinas          | \$12 copago<br>\$0 copago en insulinas                 |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados                          |                        | No se ofrece                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No se ofrece                                    | No se ofrece                                           |
| ETAPA 3                                                        | COBERTURA CATASTRÓFICA | Usted ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 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. <ul style="list-style-type: none"><li>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos.</li></ul> |                                                 |                                                        |

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. El costo compartido tambien puede cambiar para suplidos de 60

días, o para suplidos para pedido por correo, cuando aplique. El costo compartido también puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D. Por favor consulte su Evidencia de cobertura para más detalles.



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



**1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026**

MCS Classicare es un producto ofrecido por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. 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, limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com) para ver su *Evidencia de cobertura 2026*.

Para afiliarse a un plan de **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, se encuentre legalmente en Estados Unidos o era miembro de otro plan que fue cancelado.

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 78 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.

Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicio para MCS Classicare ELA Sólido (HMO-POS) está disponible para los beneficiarios que residan en cualquiera de los 39 municipios elegibles. Para detalles ver la Evidencia de Cobertura o comuníquese con el plan.

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](http://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](http://www.mcsclassicare.com)

## Directorios del plan

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://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](http://www.mcsclassicare.com)

PENSIONADO DE GOBIERNO  
CON PARTE A Y B DE MEDICARE

Vamo' a seguirlo  
con **MCS** Classicare<sup>(HMO)</sup>



Tarjeta MCS Classicare Te Paga<sup>3,5,6</sup>

| MCS Classicare<br>ELA Enlace Acero<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA Sólido <sup>7</sup><br>(HMO-POS)<br>Regional | MCS Classicare<br>ELA Crédito Rubí<br>(HMO-POS) |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>\$1,980</b><br>anual<br>(\$165 mensual)      | <b>\$1,440</b><br>anual<br>(\$120 mensual)                         | <b>\$1,260</b><br>anual<br>(\$105 mensual)      |

| MCS Classicare<br>ELA Te Ayuda<br>(HMO-POS)          | MCS Classicare<br>ELA Máximo<br>(HMO-POS) |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>\$540</b><br>anual<br>(\$45 mensual) <sup>5</sup> | <b>\$360</b><br>anual<br>(\$30 mensual)   |

Reducción a la prima mensual  
de la Parte B



| MCS Classicare<br>ELA Máximo<br>(HMO-POS)        | MCS Classicare<br>ELA Te Ayuda<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA Sólido <sup>7</sup><br>(HMO-POS)<br>Regional | MCS Classicare<br>ELA Crédito<br>Rubí<br>(HMO-POS) |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>\$2,096.40</b><br>anual<br>(\$174.70 mensual) | <b>\$1,212</b><br>anual<br>(\$101 mensual)  | <b>\$1,212</b><br>anual<br>(\$101 mensual)                         | <b>\$600</b><br>anual<br>(\$50 mensual)            |

# El plan que te brinda salud completa con beneficios como:



Medicamentos genéricos

**\$0** copago

MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)



Dental comprensivo<sup>1,3</sup>

**\$4,000** anual

MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)



Espejuelos<sup>3</sup>

**\$800** anual

MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS)



Transportación<sup>3,9</sup>

**32** viajes  
de ida o vuelta anual

MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)



## 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).

NOTAS

NOTAS



## Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

**English:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Español:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Chinese:** 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)。

**Tagalog:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**French:** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Vietnamese:** Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**German:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

**Korean:** 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.

**Russian:** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Arabic:** رفوت. لكل ةحاتم ةي ن ا جملا ةي و غ ل لا ةدع اس م لا تام د خ ن ا ف ، ةي ب ر ع ل ا ث د ح ت ت ن ك ا ذ ا رفوت ا ه ي ل ل ا و ص و ل ا ن ك م ي ت ا ق ي س ن ت ب ت ا م و ل ع م ل ا ر ي ف و ت ل ة ب س ا ن م ل ا ت ا د ع ا س م ل ا ت ا م د خ ل ا و ت ا د ع ا س م ل ا (TTY 1-866-627-8182) 1-866-627-8183 م ق ر ل ا ب ل ص ت ا . ا ن ا ج م

**Italian:** Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Portuguese:** Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**French Creole:** Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Polish:** Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Hindi:** यदि आप हर्दी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Japanese:** 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。



# Salud Completa

## MCS Classicare

PENSIONADO DE GOBIERNO (HMO)

Endoso Pagado. 1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. 2. Autorización previa a través de MCS Solutions. 3. Beneficios pueden variar según el plan. Llámenos o refiérase a su Evidencia de Cubierta disponible en nuestro sitio web [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com) para información de beneficios, periodicidad, limitaciones y exclusiones. 4. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre según aplique. 5. La aportación mensual de la tarjeta Te Paga incluye su aportación mensual para artículos OTC. Afiliados que cumplan con los criterios de elegibilidad para los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) pueden usar la tarjeta para comprar tanto artículos OTC como otros artículos y servicios elegibles. Tarjeta Te Paga, Caja de alimentos saludables, Transportación a destinos no médicos, Asistencia en el hogar: Los beneficios mencionados son parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con condiciones crónicas, como: Hipertensión Crónica, Trastornos Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Condiciones Crónicas y Discapacitantes de Salud Mental, y otras condiciones no enlistadas. La elegibilidad a los beneficios descritos no está garantizada únicamente por tener una condición crónica incluida en la lista. Se debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes que el beneficio sea brindado. Para detalles, favor contactarnos. 6. Tarjeta Te Paga: El beneficio no puede utilizarse para retiro de efectivo ni para la compra de los siguientes servicios o productos: procedimientos cosméticos, seguro de indemnización hospitalaria, planificación y gastos funerarios, seguro de vida, alcohol, tabaco, productos de cannabis, programas de membresía amplios que incluyan múltiples servicios y descuentos no relacionados, y alimentos no saludables. 7. Los productos regionales están disponibles para los beneficiarios que residen en los municipios elegibles correspondientes. Consulte la página 34 para obtener más detalles. 8. La cantidad máxima del beneficio para espejuelos y audífonos es combinada e incluye cobertura para reparaciones. 9. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados.

H5577\_6510925\_M