

RESUMEN DE BENEFICIOS

MCS Classicare Platino Ideal
(HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Máximo
(HMO D-SNP)

Región 1

Región 2

Región 3

MCS Classicare Platino Progreso
(HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Superior
(HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Total
(HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino I85
(HMO D-SNP)



2026

MCS Classicare
(HMO)

Plan de Salud
medicare
PLATINO
Administración de Seguros de Salud
Gobierno de Puerto Rico

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS		MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO 185 (HMO D-SNP)
PRIMAS Y BENEFICIOS					
Prima mensual del plan		Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Reducción a la prima mensual de la parte B		\$121 mensualmente	\$45 mensualmente	\$0 mensualmente	\$185 mensualmente
Deducible		Este plan no tiene deducible	Este plan no tiene deducible	Este plan no tiene deducible	Este plan no tiene deducible
Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)					
		\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente
Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.					
CUBIERTA DE HOSPITAL ^{1,2}					
Cubierta intrahospitalaria		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de hospital ambulatorio		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
VISITAS A MÉDICOS					
Proveedores de cuidado primario		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Especialistas ²		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.					
Cuidado de emergencia		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.					
Servicios de urgencia		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles					
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS / IMÁGENES ^{1,2}					
Pruebas y procedimientos diagnósticos		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de laboratorio		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan)		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Rayos X		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
SERVICIOS DE AUDICIÓN					
Examen de audición cubierto por Medicare		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	No está cubierto
Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	No está cubierto
Audífonos ^{1,2,4}		Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 8-9.	Hasta \$1,500 por oído anualmente	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 8-9.	No está cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO 185 (HMO D-SNP)
SERVICIOS DENTALES				
Servicios cubiertos por Medicare	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid - Examen oral - Rayos X dentales - Profilaxis (limpieza) - Tratamiento de fluoruro	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
No aplica máximo de cubierta para los servicios diagnósticos y preventivos.				
Servicios dentales comprensivos ^{1,4} - Servicios restaurativos (incluyendo coronas) - Prostodoncia (fija y removable)	Hasta \$3,500 anualmente	Hasta \$4,500 anualmente	Hasta \$1,200 anualmente	Solo servicios cubiertos por Medicaid.
SERVICIOS DE VISIÓN				
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	No está cubierto
Artículos de la vista ⁴	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 8-9.	Hasta \$1,000 anualmente	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 8-9.	No cubierto. Consulte su evidencia de cubierta para conocer los servicios cubiertos por Medicaid.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL				
Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados ³				
Refiérase a la sección de este documento titulada “Resumen de Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico” para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino.				
Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.				
El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiatrica brindados en un hospital general.				
Visita ambulatoria para terapia individual ³ Visita ambulatoria para terapia grupal	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS		MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO 185 (HMO D-SNP)
BENEFICIOS ADICIONALES					
	Centro de enfermería especializada ^{1,2} Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Terapia física ¹ Terapia ocupacional, terapia del habla y leguaje estan cubiertas. ¹	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Ambulancia Ambulancia aérea ¹ Ambulancia Terrestre	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Transportación ^{4,6} Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.	Hasta 32 viajes de ida o vuelta anualmente	Hasta 45 viajes de ida o vuelta anualmente	Hasta 30 viajes de ida o vuelta anualmente	Hasta 12 viajes de ida o vuelta anualmente
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE					
	Medicamentos de quimioterapia y radiación ¹	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Otros medicamentos de la Parte B ¹	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Medicamentos de insulina	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS ¹					
	Equipo médico duradero (DME)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Aparatos protésicos	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Suplidos para la diabetes	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
PROGRAMAS DE BIENESTAR					
	Beneficios de fitness a través de los programas de bienestar de MCS	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
BENEFICIOS DE BIENESTAR					
	Servicios de podiatría cubiertos por Medicare ²	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	No está cubierto
	Reflexología podal Debe ser ordenado por un médico o profesional de la salud.	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente
	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. 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.	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Servicios adicionales de acupuntura	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	No está cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS		MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO 185 (HMO D-SNP)
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS 4,6,7					
  Tarjeta Te Paga		\$960 anualmente (\$80 mensualmente) 5	\$1,032 anualmente (\$86 mensualmente)	\$3,000 anualmente (\$250 mensualmente)	No está cubierto
 Caja de alimentos saludables		No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	Cubierto
 Servicios de asistencia en el hogar 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.		Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Dieciseis (16) visitas anualmente (máximo 4 trimestrales)	Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	12 visitas anualmente (Máximo 3 Trimestrales)
 Transportación para necesidades no relacionada con la salud Los viajes que utilice para necesidades no médicas van contra el mismo límite de viajes de su beneficio de transportación relacionada con la salud.		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS					
Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos 1,2,4,9		Hasta \$500 anualmente para una aportación combinada para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados	N/A	Hasta \$500 anualmente para una aportación combinada para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados	No está cubierto
Beneficio para el cuidado de los pies en el hogar 5 Una (1) visita por trimestre para atención especializada de los pies en el hogar por parte de un profesional capacitado y aprobado por el plan.		Usted no paga nada	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS	Acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico ⁸			
	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO SUPERIOR (HMO D-SNP)
PRIMAS Y BENEFICIOS				
Prima mensual del plan	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Reducción a la prima mensual de la parte B	\$80 mensualmente	\$80 mensualmente	\$80 mensualmente	\$125 mensualmente
Deducible	Este plan no tiene deducible	Este plan no tiene deducible	Este plan no tiene deducible	Este plan no tiene deducible
Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente
Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.				
CUBIERTA DE HOSPITAL ^{1,2}				
Cubierta hospitalaria	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de hospital ambulatorio	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
VISITAS A MÉDICOS				
Proveedores de cuidado primario	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Especialistas ²	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.				
Cuidado de emergencia 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	Usted no paga nada
Servicios de urgencia 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	Usted no paga nada
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS / IMÁGENES ^{1,2}				
Pruebas y procedimientos diagnósticos	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de laboratorio	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Rayos X	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
SERVICIOS DE AUDICIÓN				
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	Acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico ⁸			
	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO SUPERIOR (HMO D-SNP)
 Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente Audífonos ^{1,2,4}	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.
SERVICIOS DENTALES				
 Servicios cubiertos por Medicare Servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid - Examen oral - Rayos X dentales - Profilaxis (limpieza) - Tratamiento de fluoruro No aplica máximo de cubierta para los servicios diagnósticos y preventivos. Servicios dentales comprensivos ^{1,4} - Servicios restaurativos (incluyendo coronas) - Prostodoncia (fija y removable)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Hasta \$1,200 anualmente	Hasta \$1,200 anualmente	Hasta \$1,200 anualmente	Hasta \$4,000 anualmente
SERVICIOS DE VISIÓN				
 Examen de la vista cubierto por Medicare Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente Artículos de la vista ⁴	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.	Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados”. En las páginas 16-17.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL				
 Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados ³ Refiérase a la sección de este documento titulada “Resumen de Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico” para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiatrica brindados en un hospital general. Visita ambulatoria para terapia individual ³ Visita ambulatoria para terapia grupal	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	Acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico ⁸			
	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO SUPERIOR (HMO D-SNP)
BENEFICIOS ADICIONALES				
 Centro de enfermería especializada ^{1,2} Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Ambulancia Ambulancia aérea ¹ Ambulancia Terrestre	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Transportación ^{4,6} Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.	Hasta 18 viajes de ida o vuelta anualmente	Hasta 18 viajes de ida o vuelta anualmente	Hasta 18 viajes de ida o vuelta anualmente	Hasta 44 viajes de ida o vuelta anualmente
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE				
Medicamentos de quimioterapia y radiación ¹	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Otros medicamentos de la Parte B ¹	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Medicamentos de insulina	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS ¹				
Equipo médico duradero (DME)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Aparatos protésicos	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Suplidos para la diabetes	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
PROGRAMAS DE BIENESTAR				
Beneficios de fitness a través de los programas de bienestar de MCS	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
BENEFICIOS DE BIENESTAR				
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare ²	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Reflexología podal Debe ser ordenado por un médico o profesional de la salud.	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS		Acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico ⁸			
		MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO SUPERIOR (HMO D-SNP)
 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. 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.		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios adicionales de acupuntura		Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ^{4, 6, 7}					
  Tarjeta Te Paga		\$2,400 anualmente (\$200 mensualmente)	\$1,740 anualmente (\$145 mensualmente)	\$1,260 anualmente (\$105 mensualmente)	\$1,080 anualmente (\$90 mensualmente) ⁵
Servicios de asistencia en el hogar 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. Transportación para necesidades no relacionada con la salud Los viajes que utilice para necesidades no médicas van contra el mismo límite de viajes de su beneficio de transportación relacionada con la salud.		12 visitas anualmente (Máximo 3 Trimestrales)	12 visitas anualmente (Máximo 3 Trimestrales)	12 visitas anualmente (Máximo 3 Trimestrales)	16 visitas anualmente (Máximo 4 Trimestrales)
		Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS					
Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos ^{1,2,4,9}		Hasta \$500 anualmente para una aportación combinada para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados	Hasta \$500 anualmente para una aportación combinada para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados	Hasta \$500 anualmente para una aportación combinada para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados	Hasta \$600 anualmente para una aportación combinada para artículos de la vista y audífonos para ambos oídos combinados

RESUMEN DE BENEFICIOS

MEDICAMENTOS RECETADOS	
Para más información acerca de las etapas de beneficio, por favor llámenos o acceda su Evidencia de Cobertura en línea.	
ETAPA 1: ETAPA DE DEDUCIBLE ANUAL	
Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	
ETAPA 2: ETAPA DE CUBIERTA 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.	
COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)	
 Medicamentos cubiertos	\$0 copago
COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
 Medicamentos cubiertos	\$0 copago
COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
 Medicamentos cubiertos	\$0 copago
ETAPA 3: ETAPA DE CUBIERTA CATASTROFICA	
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. • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos.	

Resumen de Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico

Los servicios que aparecen a continuación están disponibles solo para aquellos beneficiarios de los Planes de Necesidades Especiales que son elegibles para los servicios de salud del Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios de cuidado médico y hospitalario del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio listado a continuación, puede ver lo que el Plan de Salud del Gobierno (GHP, por sus siglas en inglés) cubre y lo que nuestro plan cubre.

PRODUCTOS	
MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1Región 2Región 3
MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP)
MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino I85 (HMO D-SNP)

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Prima mensual	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 al mes
Servicios de hospitalización	Admisiones Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	Admisiones \$0 copago
	Nursery Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	Nursery \$0 copago
	La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año). La cubierta incluye: Cuarto de aislamiento por razones médicas Diagnóstico/tratamiento especializado como electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales, y otras pruebas de diagnóstico y tratamiento especializados disponibles en las facilidades de un hospital y que se requieren que sean realizados mientras el paciente esté hospitalizado. Servicios de rehabilitación a corto plazo: para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.	

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios de hospitalización (continuación)	Sangre: Sangre, plasma y sus derivados sin límite, para incluir sangre autóloga irradiada; factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; factor anti-hemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; factor de tipo monoclonal anti- hemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo activado por protrombina (Auto Flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.	
Hospitalización para enfermedades de la salud mental	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año).	\$0 copago
Hospitalización para trastornos de abuso de sustancias	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año).	\$0 copago
Servicios ambulatorios para trastornos de abuso de sustancias	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año).	\$0 copago
Servicios ambulatorios profesionales y de salud mental	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Todos los servicios de emergencia e intervención en crisis para pacientes ambulatorios (OPD, outpatient department, en inglés) relacionados con la salud mental las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios de laboratorios y laboratorios de alta tecnología	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con obtener un certificado de salud no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Los Certificados de Salud están cubiertos bajo el PSG, siempre y cuando el costo compartido y/o deducibles aplicables para los procedimientos necesarios y las pruebas de laboratorio relacionadas a la producción del Certificado de Salud sea la responsabilidad del Beneficiario. Estos certificados incluyen: • Pruebas del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL). • Pruebas de tuberculosis (TB). • Virus de la hepatitis C: anti-VHC y/o ARN del VHC, según sea necesario. • Virus de la hepatitis B: HBsAg; HBcAb IgM y/o IgG, si es necesario. • Virus de la hepatitis A: HAV IgM; HAV ARN, según sea necesario. I • Cualquier certificación para afiliados al GHP relacionada con la elegibilidad para el programa Medicaid (proporcionada sin cargo). Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
Planificación familiar	Servicios de planificación familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proveen educación y consejería en salud reproductiva y planificación familiar. Dichos servicios deben ser provistos de manera voluntaria y confidencial, incluso en circunstancias en que el beneficiario es menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, lo siguiente: • Educación y consejería • Pruebas de embarazo • Evaluación de infertilidad • Servicios de esterilización de acuerdo con el 42 CFR, 441.200, Subparte F • Servicios de laboratorios • Costo de inserción/remoción de productos no orales, como los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés) • Al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA • Al menos uno de cada clase y categoría de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA • Y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, cuando sean médicamente necesarios y hayan sido aprobados mediante autorización previa o por medio de un proceso de excepción, y el proveedor de la prescripción pueda demostrar por lo menos una de las siguientes situaciones: - o Una contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado. - o Historial de reacciones adversas del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos. - o Historial de reacciones adversas por el afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Cesación del uso del tabaco	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios de cesación del uso del tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para personas menores de 21 años y para mujeres embarazadas cuando sea médicamente necesario y recetado por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas con y sin receta, según lo indique un médico.	\$0 copago
Servicios de maternidad	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Abortos cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico. Causaría un daño severo y duradero a la madre si el embarazo se lleva a término, según lo certifique un médico.	\$0 copago
Médico y quirúrgico	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Los servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Esterilización voluntaria para hombres y mujeres mayores de edad y en sano juicio, previamente informados sobre las implicaciones del procedimiento médico y con evidencia escrita del consentimiento del paciente mediante el Formulario de Consentimiento para Esterilización.	\$0 copago
Servicios de visión	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2 Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Espeuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-21 años, se cubrirán cuando sea médicamente necesario, el beneficio de espeuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espeuelos estándar cada 24 meses.	\$0 copago Este beneficio está cubierto cada año con su cubierta de MCS Classicare Platino. El proveedor y / o afiliado debe verificar la disponibilidad restante combinada del monto máximo de cobertura de beneficios del plan.

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios de visión (Continuación)	Todos los tipos de lentes deben ser preautorizados con excepción de los lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o reemplazo de espeuelos cada 24 meses, cuando sea médicamente necesario y aprobado por preautorización.	
Servicios dentales, preventivos y restaurativos Preventivo (niño) Preventivo (adulto) Restaurativo	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Los siguientes son los beneficios incluidos en el PSG: • Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de veintiún (21) años de edad • Terapia pulpal (pulpotomía) pediátrica para niños menores de veintiún (21) años de edad. • Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios luego de una pulpotomía pediátrica. • Servicios preventivos dentales para adultos. • Servicios restaurativos dentales para adultos. • Un (1) examen oral comprehensivo por año. • Un (1) examen periódico cada seis meses. • Un (1) examen oral limitado a problema definido. • Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo placa de mordida, cada tres (3) años. • Una (1) radiografía inicial periapical intraoral. • Hasta cinco (5) radiografías adicionales periapicales/ intraorales por año. • Una (1) imagen radiográfica única por año. • Un (1) set de imagenes radiográficas por año. • Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años. • Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses. • Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses. • Una (1) aplicación de fluoruro tópico cada seis (6) meses para afiliados menores de diecinueve (19) años. • Sellantes de fisura de por vida para afiliados hasta catorce (14) años de edad, incluyendo los molares deciduos hasta ocho (8) años de edad cuando sea clínicamente necesario debido a tendencia a caries. • Restauración en amalgamas; • Restauración en resina; • Tratamiento de canal; • Tratamiento paliativo y • Cirugía oral • Servicios de sedación y anestesia para beneficiarios con discapacidades físicas o mentales, conforme a las leyes locales.	\$0 copago \$0 copago \$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios dentales, preventivos y restaurativos (Continuación)	• Raspado periodontal y alisado radicular, hasta 4 cuadrantes por beneficiario. • Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior). • Visitas al hospital. • Todas las limitaciones se pueden exceder basado en la necesidad médica y sean aprobadas mediante un proceso de autorización previa o exención.	
Exámenes de audición	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.	\$0 copago
Servicios preventivos Todas las inmunizaciones requeridas para pacientes de post-transplante de médula ósea.	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios de vacunación no cubiertos por: 1. La Parte B de Medicare; 2. El formulario de medicamentos de la Parte D de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés); 3. Los beneficios suplementarios del plan de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) 4. No cubierto por el Programa de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan Estatal de Medicaid de Puerto Rico.	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios preventivos (Continuación)	Vacunas para niños de 0-20 años de edad (inclusive) • Hepatitis A • Hepatitis B • Rotavirus (RV) • DTaP (Toxoides de Diphtheria y vacuna pertussis acelular) • Hib (Vacuna conjugada Hib) • PCV 15, PCV13 y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas): Cambios en el calendario de vacunación de niños y adolescentes para 2023. CDC. • Polio (IPV) • Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV) • MMR • Varicela (VAR) • Vacunas Antimeningocócicas - MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo). La nota de MenACWY se actualizó la nota para incluir lenguaje que indica que <u>la fórmula de un vial (toda líquida) de Menveo® recientemente autorizada no debe administrarse antes de los 10 años de edad.)</u> MenB (Meningococo serogrupo B MenB-4C [Bexserol] y MenB-FHbp [Trumenba] • Tdap • Virus del Papiloma Humano (VPH) • Dengvaxia (Indicado para la prevención de la enfermedad del dengue causada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue. Está aprobada para su uso en personas de 9 a 16 años de edad con infección previa por dengue confirmada por laboratorio y que viven en áreas endémicas. La nota sobre el dengue <u>se revisó</u> para aclarar que la vacuna contra el dengue se recomienda para niños seropositivos que viven en áreas endémicas, <u>no para niños que viajan o visitan áreas endémicas de dengue.</u> COVID 19: Se añaden nuevas abreviaturas para los productos de la vacuna del COVID-19. Estas abreviaturas contienen información sobre la valencia de la vacuna (es decir, monovalente versus bivalente, indicada por “1v” y “2v”, respectivamente) y la plataforma de la vacuna (mRNA (por sus siglas en inglés) versus subunidad de proteína acelular o “aPS” (por sus siglas en inglés)). Vacunas para adultos desde 21 años de edad • Vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b - Hib • Vacuna inactivada contra la hepatitis A – HepA • Vacuna contra la hepatitis A y la hepatitis B - HepA-HepB • Vacuna contra la hepatitis B – HepB	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios preventivos (Continuación)	• Vacuna contra el Virus del papiloma humano – HPV • Vacuna contra la influenza (inactivada)- IIV4 • Vacuna contra la influenza (viva, atenuada) - LAIV4 • Vacuna contra la influenza (recombinante) - RIV4 • Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola – MMR • Vacuna contra la meningocócica serogrupos A, C,W,Y - o MenACWY-D - o MenACWY-CRM - o MenACWY-TT • Vacuna contra la meningocócica serogrupo B - o MenB-4C - o MenB-FHbp Viruela del mono. Mpox (algunos adultos de cierta edad deberían vacunarse) • Vacuna antineumocócica conjugada 15-valente - PCV15 • Vacuna antineumocócica conjugada 20-valente - PCV20 • Vacuna antineumocócica polivalente - PPSV23 Virus respiratorio sincitial (VRS) (19-49 si está embarazada durante la temporada de RSC) (60 años o más) • Toxoides de tétano y difteria – Td • Toxoides de tétano, vacuna reducida contra el toxoide diftérico y la tos ferina acelular – Tdap • Vacuna contra la Varicela – VAR • Vacuna contra la Zoster, recombinante - RZV Pacientes de post-transplante de médula ósea de cualquier edad tendrán todas las vacunas requeridas cubiertas. Vacuna de COVID 19 - no se incluye en el Wrap de la Oficina de Medicaid, pero es proporcionada por el Departamento de Salud (DS). MAO debe seguir las instrucciones proporcionadas por CMS.	
	• Terapia física Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Terapia ocupacional Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Terapia respiratoria Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Terapia del habla Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios en sala de emergencia	• Visita a la sala de emergencia Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Servicios que no son de emergencia proporcionados en la sala de emergencia de un hospital (por visita) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8	\$0 copago
	• Servicios que no son de emergencia proporcionados en una sala de emergencia independiente (por visita) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$2 Código de cubierta 120: \$3 Código de cubierta 130: \$4	\$0 copago
	• Trauma Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
Visitas ambulatorias	• Especialista Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Subespecialista Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Servicios prenatales Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Cubierta especial	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2 La cubierta especial incluye servicios relacionados con: • VIH / SIDA • Tuberculosis • Lepra • Lupus Sistémico Eritematoso (SLE, por sus siglas en inglés) • Fibrosis Quística • Cáncer • Hemofilia • ESRD - Niveles 3, 4 y 5 • Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) • Escleroderma • Hipertensión pulmonar • Anemia aplásica • Artritis reumatoide • Autismo • Cancer de la piel: carcinoma IN SITU • Cáncer de la piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis • Adultos con Fenilcetonuria • Hepatitis C Crónica • Insuficiencia cardiaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés) de la Clase III y IV de la Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA, por sus siglas en inglés) en un candidato potencial para trasplante de corazón • Discinecia ciliar primaria (PCD, por sus siglas en inglés) / Síndrome de discinesia ciliar / Síndrome de Kartagener • Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD, por sus siglas en inglés): enfermedad de Crohn; Colitis ulcerosa y colitis microscópica • Post-Transplante	\$0 copago Reclusión en el hogar también está establecidos por MCS Classicare bajo el Registro de Condiciones Especiales. Comuníquese con el plan para detalles.
	• Laboratorios de alta tecnología** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 • Laboratorios clínicos** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 • Rayos X** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago \$0 copago \$0 copago
Otros servicios		

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Otros servicios (continuación)	• Pruebas diagnósticas especiales** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 **Aplica solo a las pruebas de diagnóstico. Los copagos no aplican a la prueba requerida como parte de un servicio preventivo.	\$0 copago
	• Cuidado para el niño saludable Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
	• Examen físico Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2	\$0 copago
	• Cirugía ambulatoria Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 copago
Medicamentos recetados	Medicamentos recetados Preferidos (Niños 0-20 años de edad) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Preferidos (Adulto) **** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$2 Código de cubierta 130: \$3 No Preferidos (Niños 0-20 años de edad) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	Medicamentos recetados \$0 para todos los medicamentos cubiertos \$0 para medicamentos contra el abuso de sustancias en entorno ambulatorio

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Medicamentos recetados (continuación)	Medicamentos recetados No Preferidos (Adulto) *** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$3 Código de cubierta 120: \$4 Código de cubierta 130: \$6 Abuso de sustancias en entorno ambulatorio Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 *** Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la hoja de receta. **** Los copagos para niños de 0 a 20 años no son aplicables a Medicaid, a los indigentes por razones médicas del Commonwealth* y a los niños de 0 a 20 años inscritos en el programa CHIP* en el grupo de 0 a 20 años. Los medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) aprobado por CMS, incluidos deducibles, coaseguros o brechas de cubierta que excedan el plan estatal. El medicamento debe estar en el formulario del PSG y debe estar sujeto a las modificaciones aplicables según lo establecido en el Formulario de Medicamentos en Cobertura (FMC) del PSG. También debe cumplir con lo siguiente: • Todos los beneficios de farmacia de las MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) brindarán cubierta de medicamentos de año completo con su Formulario de medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y estarán sujetos a los copagos de Platino establecidos como el único gasto de bolsillo. • Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de Parte D de las MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) deben someterse al proceso de excepción requerido de CMS para la posible aprobación de medicamentos no cubiertos. Si la denegación de proceso de excepción se sostiene por la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluido el proceso de apelación, pero si el medicamento está cubierto por el Formulario de Medicamentos del PSG, el medicamento estará cubierto por el Wrap Around. El médico que receta debe agotar el formulario disponible de la Organización Medicare Advantage (MAO) en la categoría de medicamentos necesaria. • Para ser considerados, los medicamentos del Wrap Around deben ser parte del Formulario del PSG. Todos los Formularios de medicamentos de la Parte D de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del PSG.	Medicamentos recetados \$0 para todos los medicamentos cubiertos \$0 para medicamentos contra el abuso de sustancias en entorno ambulatorio Medicamentos recetados ambulatorios El costo compartido puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información, por favor llámenos o vea el Capítulo 6, Sección 5.2 de su Evidencia de cobertura.

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Medicamentos recetados (continuación)	1. Los siguientes beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos independientemente de su código de cubierta: • Niños de 0 a menos de 21 años (0-20 años, inclusive) • Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el posparto de 60 días); • Indios americanos y nativos de Alaska (AI/AN) • Individuos institucionalizados; y • Personas que reciben cuidado paliativo. 2. Los beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos cuando reciben cualquiera de los siguientes servicios: • Servicios de emergencia, incluso servicios ambulatorios, hospitalarios y de post-estabilización según se definen en las regulaciones federales 1932(b)(2) de la Ley y 42 CFR 438.114(a); • Servicios y suministros de planificación familiar; • Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años (0-17 años, inclusive) • Servicios y asesoramiento relacionados al embarazo y medicamentos para dejar de consumir tabaco; • Servicios preventivos por el proveedor según se definen en 42 CFR 447.26(b); 3. No hay copago por servicios provistos por un proveedor de la Red Preferida. Las farmacias y los dentistas no forman parte de la Red Preferida de proveedores. 4. El copago para una visita que no sea de emergencia a la sala de emergencia de un hospital no se aplica si llama al centro de llamadas de la MCO y recibe un código de exención al copago.	

NOTA: Los requisitos de preautorización y referidos mencionados en las secciones previas también aplican a los beneficios cubiertos por la sección Beneficios Cubiertos por Programa de Medicaid del Departamento de Salud. Los referidos no aplican a las condiciones bajo la cubierta especial una vez está registrado.

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 suscrito 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. Basado en una revisión del modelo de cuidado, MCS Classicare ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar un plan de necesidades especiales (SNP) hasta 2026.

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 para ver su *Evidencia de cobertura 2026*.

Para afiliarse a **MCS Classicare (HMO D-SNP)**, debe tener la Parte A de Medicare, **estar afiliado a la Parte B de Medicare y en el Plan de Salud del Gobierno (GHP, por sus siglas en inglés)** y vivir en nuestra área de servicio. Usted también es elegible para ser afiliado de nuestro plan siempre y cuando usted sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos o era afiliado de otro plan que terminó.

Para **MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)** y **MCS Classicare Platino 185 (HMO D-SNP)**, nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicio para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1 está disponible para los beneficiarios que residan en cualquiera de los 13 municipios elegibles.

Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicio para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2 está disponible para los beneficiarios que residan en cualquiera de los 21 municipios elegibles.

Adjuntas, Barceloneta, Cabo Rojo, Ciales, Corozal, Florida, Guánica, Hormigueros, Jayuya, Lajas, Lares, Las Marías, Manatí, Maricao, Morovis, Orocovi, Sabana Grande, San Germán, Vega Alta, Vega Baja y Yauco.

Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicio para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3 está disponible para los beneficiarios que residan en cualquiera de los 44 municipios elegibles. Para detalles ver la Evidencia de Cobertura o comuníquese con el plan.

Aguas Buenas, Aibonito, Arroyo, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Cidra, Coamo, Comerío, Culebra, Dorado, Fajardo, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Humacao, Juana Díaz, Juncos, Las Piedras, Loiza, Luquillo, Maunabo, Naguabo, Naranjito, Patillas, Peñuelas, Ponce, Río Grande, Salinas, San Juan, San Lorenzo, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vieques, Villalba y Yabucoa.

Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicio para MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP) está disponible para los beneficiarios que residan en cualquiera de los 37 municipios elegibles. Para detalles ver la Evidencia de Cobertura o comuníquese con el plan.

Aguada, Aguadilla, Añasco, Arroyo, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Corozal, Dorado, Fajardo, Florida, Guayama, Guaynabo, Gurabo, Humacao, Isabela, Juncos, Lajas, Las Piedras, Manatí, Moca, Patillas, Peñuelas, Ponce, Rincón, Río Grande, San Juan, San Lorenzo, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba y Yauco.

MCS Classicare (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si visita a los proveedores que no están en la red del plan, puede que el plan no pague por esos servicios.

¿Cómo obtener ayuda de Medicare?

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

Documentos del plan en otros formatos e idiomas

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

Números de teléfono y sitio web del plan

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

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

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

Horario de servicio

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

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

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

Evidencia de cobertura

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

Directorios del plan

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

Cobertura de medicamentos

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

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

BENEFICIARIO DE MEDICARE
PLATINO

Vamo' a seguirlo
con **MCS Classicare** (HMO)



Tarjeta MCS Classicare Te Paga ^{4,6,7,8}

MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino Ideal ⁵ (HMO D-SNP)
\$3,000 anual (\$250 mensual)	\$1,032 anual (\$86 mensual)	\$960 anual (\$80 mensual)

Regional			
MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3	MCS Classicare Platino Superior ⁵ (HMO D-SNP)
\$2,400 anual (\$200 mensual)	\$1,740 anual (\$145 mensual)	\$1,260 anual (\$105 mensual)	\$1,080 anual (\$90 mensual)

Reducción a la prima mensual de la Parte B

MCS Classicare Platino 185 (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)	Regional (Todas las regiones)	
		MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP)	MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)
\$2,220 anual (\$185 mensual)	\$1,452 anual (\$121 mensual)	\$1,500 anual (\$125 mensual)	\$960 anual (\$80 mensual)

El plan que te brinda salud completa con beneficios como:



Dental comprensivo ^{1,4}
\$4,500 anual

MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)



Espejuelos ⁴
\$1,000 anual

MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)

Caja de alimentos saludables ^{4,5,6}



1 caja trimestral
MCS Classicare Platino 185 (HMO D-SNP)

Transportación ^{4, 6, 10}



Hasta **45**
viajes de ida o vuelta anual
MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)



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).



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: رفوتت. لكل ةحاتم ةيئاجملا ةيوجلل ةدعاسملا تامدخ نإف ، ةيبرعلا ثدحتت تنك اذا. اهيل! لوصول نكمي تاقيسيئتب تامولعمل ريئوتل ةبسانملا تادعاسملا تامدخل او تادعاسملا. أناجم 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) مقرلاب لصتا.

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 हिंदी 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

(HMO)

Endoso Pagado. 1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir una referido. 3. Autorización previa a través de MCS Solutions. 4. Beneficios pueden variar según el plan. Llámenos o refiérase a su Evidencia de Cubierta disponible en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com para información de beneficios, periodicidad, limitaciones y exclusiones. 5. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre según aplique. 6. 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. 7. 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. 8. Los productos regionales están disponibles para los beneficiarios que residen en los municipios elegibles correspondientes. Consulte la página 32 para obtener más detalles. 9. La cantidad máxima del beneficio para espejuelos y audífonos es combinada e incluye cobertura para reparaciones. 10. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados.

H5577_5430825_M