MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) – Región 3 | Resumen de Beneficios 2027

❖ H5577_0002910726_M

Introducción

Este documento es un resumen breve de los beneficios y servicios cubiertos por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Incluye respuestas a las preguntas más frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y los servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como afiliado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último Capítulo de la *Evidencia de Cobertura.*

Tabla de Contenido

A. Avisos legales 2

B. Preguntas frecuentes 4

C. Lista de los servicios cubiertos 10

D. Beneficios cubiertos fuera de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) 31

E. Servicios que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren 32

F. Sus derechos como afiliado del plan 33

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 37

H. Qué hacer si sospecha de fraude 37

A. Avisos legales

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) para 2027. Esto es solo un resumen. Por favor, lea la *Evidencia de Cobertura* para ver la lista completa de beneficios. Puede visitar nuestro sitio web (www.mcsclassicare.com) para descargar una copia de su *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-866-627-8183 (libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener una copia por correo. 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.

- 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 de Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.
- Los servicios de asistencia lingüística, las ayudas auxiliares adecuadas y los servicios de interpretación oral están disponibles sin costo alguno para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) para más información. Para obtener asesoría gratuita sobre Medicare usted puede contactar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) que es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Puerto Rico, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener asesoría gratuita y personalizada sobre seguros de salud. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid, y contestar preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-877-725-4300 (Área Metropolitana), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) o 1-800-981-7735 (Área de Ponce).

- Para más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare y usted*. El manual contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Para más información sobre Medicare Platino, puede consultar el sitio web www.ases.pr.gov o comunicarse con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) en español al 1-800-981-2737, TTY 1-787-474-3389; lunes - viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m. Usted también puede llamar al área de Educación y Relaciones con la Comunidad del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA) para personas que tienen ambos Medicare y Medicaid al 1-877-725-4300, lunes - viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m.

- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los Miembros al 1-866-627-8183 (libre de cargos); los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182. 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. Esta llamada es gratuita.

- Este documento está disponible de manera gratuita en inglés. Consulte el Aviso de Disponibilidad de los servicios de asistencia lingüística y los servicios y ayudas auxiliares adjunto.

- Para su comodidad, le enviaremos todos los correos y comunicaciones futuras a la información de contacto actual que tenemos en archivo, por lo que no tendrá que volver a proporcionarnos su dirección postal/correo electrónico (a menos que haya cambiado). Para actualizar su información de contacto, idioma preferido y/o formato preferido (como braille y letra grande), por favor contacte a Servicios para los Miembros al número que aparece al pie de esta página.

- Durante el proceso de inscripción, usted puede indicar su idioma preferido y cualquier necesidad de formatos alternativos mediante los encasillados correspondientes incluidos en la Solicitud de Afiliación. Además, se le informa sobre la disponibilidad de materiales en otros idiomas y en formatos accesibles, como letra grande, Braille y audio CD. Los beneficiarios pueden obtener ayuda comunicándose con Servicio para los miembros. Además, los materiales regulatorios del plan incluyen avisos de no discriminación e información sobre los servicios de asistencia lingüística disponibles, en conformidad con las regulaciones federales aplicables. Cuando usted solicita un

idioma preferido o un formato alternativo, dicha preferencia se registra en los sistemas correspondientes del plan y se mantiene como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos de materiales. Esto permite que usted continúe recibiendo información en el idioma o formato de su preferencia sin necesidad de realizar una nueva solicitud cada vez que se emita una comunicación. Si usted es un afiliado actual y desea actualizar o cambiar su preferencia de idioma o formato alternativo, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con Servicio para los miembros o visitando cualquiera de nuestros Centros de Servicios. Una vez recibida la solicitud, la información se actualizará en los sistemas correspondientes y se aplicará a futuras comunicaciones y materiales.

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla contiene las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan Medicare Platino?	Medicare Platino es una cubierta suplementaria a este plan Medicare Advantage contratada por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), que cubre beneficios y servicios que Medicare no cubre. Los beneficiarios que tienen tanto la Parte A como la Parte B de Medicare y están certificados como elegibles para Medicaid cualifican para los beneficios y servicios de Medicare Platino.
¿En MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que tengo ahora? **(continúa en la próxima página)**	Usted obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Usted trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar qué servicios son los mejores para atender sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar según sus necesidades y según la evaluación de su doctor y su equipo de manejo de cuidado.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿En MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que tengo ahora? **(continuación de la página anterior)**	Cuando usted se afilia a MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), usted y su equipo de manejo de cuidado trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado individualizado que aborde sus necesidades de salud y apoyo, y que refleje sus preferencias y objetivos personales. Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) usualmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para más información, llame a Servicio para los Miembros a los números que aparecen al pie de esta página.
¿Puedo visitar los mismos médicos que consulto ahora? **(continúa en la próxima página)**	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluyendo médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, puede seguir atendiéndose con ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los afiliados de nuestro plan y brindan servicios que nuestro plan cubre. **Usted debe usar los proveedores en la red de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).** Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, el plan puede que no pague por estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera de su área de servicio, puede utilizar proveedores fuera de la red del plan de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo visitar los mismos médicos que consulto ahora? **(continuación de la página anterior)**	• Si actualmente recibe tratamiento de un proveedor que no forma parte de la red de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) o ha establecido una relación con un proveedor que está fuera de la red de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), comuníquese con Servicios para los Miembros al número que aparece al pie de esta página si tiene preguntas sobre su elegibilidad para atención continua. Aplican reglas de autorización, necesidad médica y del plan. Si no puede continuar con su proveedor actual, puede elegir otro proveedor dentro de la red de MCS Classicare. Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicios para los Miembros a los números que aparecen al pie de esta página o consulte el Directorio de proveedores y farmacias de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) en la página web del plan en www.mcsclassicare.com. Si MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de cuidado individualizado para atender sus necesidades.
¿Qué es el coordinador de cuidado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)?	El coordinador de cuidado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) es la persona principal para usted contactar. Esta persona le ayudará a coordinar todos sus proveedores y servicios para asegurar que usted reciba lo que usted necesita.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué son los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long-term Services and Supports, LTSS)?	Los servicios y apoyos a largo plazo brindan asistencia a personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también pueden proveerse en un hogar de ancianos o un hospital. En algunos casos, su municipio u otra agencia puede administrar estos servicios, y su equipo de manejo de cuidado trabajará con dicha agencia. Para más información, comuníquese con la Línea de Orientación y Apoyo Familiar (LOAF, por sus siglas en español) del Departamento de la Familia al 1-787-977-8022 o al 1-888-359-7777. La disponibilidad de estos programas está sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie en la red de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) puede proporcionarlo?	La mayoría de los servicios serán proporcionados por nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no pueda ser provisto dentro de nuestra red, MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) disponible?	El área de servicio para este plan incluye: ○ MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) – Región 003: 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, Loíza, 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. Usted debe residir en una de estas áreas para unirse al plan. Por favor tenga en cuenta que este plan tiene acceso a nuestra red de proveedores en todo Puerto Rico.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es la autorización previa?	La autorización previa significa que debe obtener la aprobación de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) para buscar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que por lo general no están cubiertos por nuestra red **antes** de que reciba los servicios. Es posible que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si no obtiene autorización previa. **Si necesita atención de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener autorización previa primero.** MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga autorización previa de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) antes de que se brinde el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la *Evidencia de Cobertura* para conocer más sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de la *Evidencia de Cobertura* para saber qué servicios requieren una autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para servicios específicos, procedimientos, artículos o medicamentos, llame a Servicios para los Miembros a los números que aparecen al pie de esta página para ayuda.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un referido?	Un referido significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle aprobación antes de que usted pueda ver a alguien que no sea su PCP. Un referido es diferente a una autorización previa. Si no obtiene un referido de su PCP, MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) puede que no cubra los servicios. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) puede proporcionarle una lista de servicios que requieren que obtenga un referido de su PCP antes de que se le brinde el servicio. Según establecido en el documento, Reglas Generales para Medicare Platino, no se requiere un referido para visitar al Ginecólogo/Obstetra. Refiérase a su *Evidencia de Cobertura* (Capítulo 3) para conocer más sobre cuándo usted va a necesitar obtener un referido de su PCP.
¿Debo pagar un monto mensual (también llamado prima) bajo MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)?	No. Dado que usted tiene asistencia médica (Medicaid), no pagará ninguna prima mensual por su cubierta de salud. Sin embargo, usted deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Nuestro plan incluirá una reducción de $95 en su prima mensual de la Parte B de Medicare para este año contrato. Esta reducción en la prima de la Parte B de Medicare se refleja en su cheque del Seguro Social; y esta cantidad puede variar dependiendo del plan seleccionado.
¿Debo pagar un deducible como afiliado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)?	No. Usted no paga deducibles en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Cuál es el monto máximo de gastos de bolsillo que pagaré por servicios médicos como afiliado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)?	No hay costos compartidos para los servicios médicos en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), por lo que sus gastos máximos de bolsillo anuales serán de $0.

C. Lista de los servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidado hospitalario (continúa en la próxima página)	Estadía hospitalaria para pacientes internos	$0	Por cada hospitalización usted tiene cobertura por días ilimitados, siempre que la hospitalización esté cubierta según las normas del plan. Salvo en caso de emergencia, su proveedor de atención médica debe informarle al plan sobre su ingreso al hospital. Puede requerir autorización previa. Puede requerir un referido.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidado hospitalario (continuación de la página anterior)	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluyendo observación	$0	Puede requerir autorización previa para hospital ambulatorio. Puede requerir un referido para hospital ambulatorio.
	Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical center, ASC)	$0	Puede requerir autorización previa. Puede requerir un referido.
	Cuidado de un médico o cirujano	$0	
Usted quiere un médico (continúa en la próxima página)	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	$0	
	Cuidado para evitar que se enferme, como vacunas contra la influenza y pruebas para detectar el cáncer	$0	
	Visitas de bienestar, como exámenes físicos	$0	
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva por única vez)	$0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted quiere un médico (continuación de la página anterior)	Cuidado de un especialista	$0	Puede requerir un referido.
Necesita cuidado de emergencia (continúa en la próxima página)	Servicios en sala de emergencia	$0	No necesita recibir aprobación previa ni referido de su PCP para acudir a sala de emergencias. No es necesario acudir a una sala de emergencia de la red. Puede recibir cubierta de atención de emergencia cuando se encuentre temporalmente fuera de los Estados Unidos y sus territorios a través del beneficio de Cubierta Mundial. Para obtener más información sobre las reglas del plan, consulte el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*. La cubierta se administra mediante reembolso en base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido.
	Cuidado de urgencia	$0	No necesita recibir aprobación previa ni referido de su PCP para recibir cuidado de urgencias. No es necesario acudir a una sala de urgencias

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidado de emergencia (continuación de la página anterior)			de la red. Puede recibir servicios de urgencia cuando se encuentre temporalmente fuera de los Estados Unidos y sus territorios a través del beneficio de Cubierta Mundial. Para obtener más información sobre las reglas del plan, consulte el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*. La cubierta se administra mediante reembolso en base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido.
Necesita exámenes médicos	Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, rayos X u otro servicio de imágenes, como tomografía computarizada - *CAT Scan* - o resonancia magnética - *MRI*)	$0	Puede requerir autorización previa. Puede requerir un referido.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos, como análisis de sangre	$0	Puede requerir autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita audífonos/servicios de audición	Pruebas de audición	$0	Este plan incluye examen(es) auditivo(s) de rutina; limitado a 1 visita(s) cada año.
	Audífonos	$0	Este plan incluye la(s) evaluación-ajuste(s) para audífonos; limitado a 1 visita(s) cada año. Consulte el beneficio "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos" en Pág. 25.
Necesita cuidado dental (continúa en la próxima página)	Exámenes dentales y cuidado preventivo	$0	Si necesita encontrar un dentista, visite www.mcsclassicare.com y haga clic en "Directorios". Allí podrá consultar la versión más reciente del Directorio de proveedores y farmacias, junto con una función de búsqueda que le permitirá encontrar fácilmente a sus médicos por categoría, especialidad o municipio, ayudándole a ahorrar tiempo y esfuerzo. También puede llamar a Servicios para los Miembros al número que aparece al pie de esta página.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidado dental (continuación de la página anterior)			Para información adicional, incluidas las exclusiones, consulte la *Evidencia de Cobertura* del plan. Para obtener información sobre los beneficios dentales de Medicaid, visite https://www.ases.pr.gov/medicare-platino. Los servicios dentales cubiertos por su plan MCS Classicare deben obtenerse a través de los proveedores participantes de la red de MCS Classicare. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias de MCS Classicare.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Si necesita encontrar un dentista, visite www.mcsclassicare.com y haga clic en "Directorios". Allí podrá consultar la versión más reciente del Directorio de proveedores y farmacias, junto con una función de búsqueda que le permitirá encontrar fácilmente a sus médicos por categoría, especialidad o municipio, ayudándole a ahorrar tiempo y esfuerzo. También puede llamar a Servicios para los Miembros al número que aparece al pie de esta página.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita cuidado dental (continuación de la página anterior)			Para información adicional, incluidas las exclusiones, consulte la *Evidencia de Cobertura* del plan. Puede requerir autorización previa. Hasta $1,200 anualmente.
Necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	$0	Este plan incluye examen(es) de la vista de rutina; limitado a 1 visita(s) cada año.
	Espejuelos o lentes de contacto	$0	Consulte el beneficio "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos" en Pág. 25.
	Otro cuidado de la vista	$0	Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Consulte el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura* para más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita servicios de salud mental	Servicios de salud mental	$0	Autorización previa a través de MCS Solutions.
	Cuidado de hospitalización y cuidado ambulatorio, y servicios de base comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Por cada hospitalización en un hospital psiquiátrico, usted está cubierto por días ilimitados siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de acuerdo con las reglas del plan. Autorización previa a través de MCS Solutions.
Necesita servicios para trastornos por uso de sustancias	Servicios para trastornos por uso de sustancias	$0	
Necesita un lugar para vivir con personas disponibles para que lo ayuden	Atención de enfermería especializada	$0	Puede requerir autorización previa. Puede requerir un referido.
	Atención en un asilo de ancianos	$0	Puede requerir autorización previa. Puede requerir un referido.
	Cuidado de adultos en hogares sustitutos y cuidado en grupo para adultos en hogares sustitutos	$0	Comuníquese con la Línea de Orientación y Apoyo Familiar (LOAF, por sus siglas en español) del Departamento de la Familia al 1-787-977-8022 o al 1-888-359-7777 para más información. La disponibilidad de estos programas está sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita terapia luego de sufrir un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, física o del habla	$0	Puede requerir autorización previa.
Necesita ayuda para acceder a sus servicios de salud	Servicios de ambulancia	$0	Puede requerir autorización previa para ambulancia aérea.
	Transportación de emergencia	$0	Puede requerir autorización previa para ambulancia aérea.
	Transportación a citas médicas	$0	Transportación de rutina hasta 18 viajes cada año. Un viaje se considera como un transporte de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan a través de proveedores contratados.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la próxima página)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos que le administra su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer, y algunos medicamentos que se administran vía ciertos equipos médicos. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para más información acerca de estos medicamentos. Puede requerir autorización previa, excepto para medicamentos de insulina. Nuestro plan puede que le requiera que usted pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que le brinde cobertura para otro medicamento para tratar su condición. Esto promueve y facilita el acceso a terapias rentables para el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación de la página anterior)	Medicamentos de la Parte D de Medicare Medicamentos cubiertos	$0 para un suplido de 30 días	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, por favor, refiérase a la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)* de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Una vez que usted u otras personas en su nombre paguen $2,400, usted pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas y paga $0 por todos sus medicamentos bajo Medicare. Lea su *Evidencia de Cobertura* para más información acerca de esta etapa. Nuestro plan puede que le requiera que usted pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que le brinde cobertura para otro medicamento para tratar su condición. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Para ciertos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación de la página anterior)			aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina autorización previa. Usted puede obtener un suministro a largo plazo de hasta 90 días, a $0 copago, para algunos medicamentos. Esto aplica a farmacias minoristas y recetas de pedido por correo. Los suministros a largo plazo no se ofrecen para medicamentos especializados. Los medicamentos especializados tampoco están disponibles para suministros a largo plazo a través del servicio de pedido por correo.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos fuera del recetario (Over-the-Counter, OTC)	$0	Usted es elegible a $1,296 anualmente ($108 mensualmente). Las cantidades no utilizadas **se transfieren** al próximo mes dentro del año del plan. Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, consulte la *Guía de Artículos Fuera del Recetario (OTC)* de MCS Classicare.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	$0	Puede requerir autorización previa.
	Equipo médico para el cuidado en el hogar	$0	Puede requerir autorización previa.
	Servicios de diálisis	$0	
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	Puede requerir un referido.
	Servicios ortóticos	$0	Puede requerir autorización previa.
Necesita equipo médico duradero (Durable medical Equipment, DME) (continúa en la próxima página) **Nota:** Esta no es una lista completa del equipo médico duradero cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios para los Miembros, o consulte	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Puede requerir autorización previa.
	Nebulizadores	$0	Puede requerir autorización previa.
	Equipo de oxígeno y suministros	$0	Puede requerir autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
el **Capítulo 4** de la *Evidencia de Cobertura*. **(continuación de la página anterior)**			
Necesita ayuda para vivir en su casa (continúa en la próxima página)	Atención de cuidado a domicilio	$0	Puede requerir autorización previa. Puede requerir un referido.
	Servicios a domicilio, como limpieza o mantenimiento del hogar	$0	Comuníquese con la Línea de Orientación y Apoyo Familiar (LOAF, por sus siglas en español) del Departamento de la Familia al 1-787-977-8022 o al 1-888-359-7777 para más información. La disponibilidad de estos programas está sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.
	Servicios diurnos de salud para adultos, servicios de base comunitaria para adultos (CBAS) u otros servicios de apoyo.	$0	Para más información, comuníquese con el Programa de Servicios para Adultos del Departamento de Asuntos de la Familia al 1-787-625-4900. La disponibilidad de estos programas está sujeta a los criterios de elegibilidad y a la disponibilidad de fondos. La elegibilidad para estos servicios, de estar disponibles, está sujeta al cumplimiento de los criterios establecidos por el estado. Generalmente, los participantes deben

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en su casa (continuación de la página anterior)			ser adultos mayores o personas con una discapacidad, tener una necesidad médica o funcional que requiera asistencia con actividades diarias y cumplir con los requisitos de ingresos establecidos por el Programa Medicaid de Puerto Rico.
	Servicios de habilitación diurna	$0	
	Servicios para ayudarle a vivir de forma independiente (servicios de atención médica domiciliaria o servicios de asistente de cuidado personal)	$0	Para más información, comuníquese con el Programa de Servicios para Adultos del Departamento de la Familia al 1-787-625-4900.
Servicios adicionales (continúa en la próxima página)	Servicios de quiropráctica	$0	Los servicios cubiertos incluyen la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación y atención quiropráctica de rutina. Limitado a 6 visita(s) de rutina no cubiertas por Medicare cada año. Puede requerir un referido.
	Suministros y servicios para diabéticos	$0	Puede requerir autorización previa.
	Servicios protésicos	$0	Puede requerir autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación de la página anterior)	Terapia de radiación	$0	Puede requerir autorización previa.
	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	$0	
	Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos	$0	Una cantidad combinada de hasta $500 anuales para artículos de la vista y audífonos. El beneficio y la cantidad máxima de la cubierta del plan incluye la reparación de espejuelos. El plan cubre dos (2) audífonos (todos los tipos) cada año; ambos oídos combinados. Para audífonos, el beneficio y la cantidad máxima de cubierta del plan incluye la reparación de los dispositivos. El proveedor y/o el afiliado deben verificar la cantidad máxima combinada restante disponible para la cubierta de beneficios del plan. Los beneficios para artículos de visión y audífonos comparten una cantidad máxima combinado. El uso de uno de estos beneficios reducirá o podría agotar la cantidad disponible para el otro beneficio, incluidas las reparaciones.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación de la página anterior)			Puede requerir autorización previa para audífonos. Puede requerir un referido para audífonos.
Beneficios de bienestar	Reflexología podal	$0	6 visitas anualmente. Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud y deben ser ofrecidos por proveedores de la red.
	Acupuntura suplementaria	$0	6 visitas anualmente. Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud y deben ser ofrecidos por proveedores de la red.
	Masaje terapéutico	$0	6 visitas anualmente. Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud y deben ser ofrecidos por proveedores de la red.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (continúa en la próxima página) Los afiliados con condiciones crónicas elegibles como hipertensión crónica, trastornos cardiovascu-lares, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica,	Tarjeta de Débito SSBCI (Tarjeta Te Paga) Los afiliados elegibles pueden utilizar su asignación para artículos fuera del recetario (OTC) para comprar tanto artículos OTC como artículos adicionales con la Tarjeta de Débito SSBCI (Tarjeta Te Paga). Los afiliados elegibles pueden utilizar la Tarjeta de Débito SSBCI (Tarjeta Te Paga) para cualquiera de los siguientes servicios o beneficios: • Artículos fuera del recetario (Over-the-Counter, OTC) • Alimentos, productos agrícolas y comidas preparadas • Artículos para el control de plagas (aerosoles, trampas) • Comida y suministros para mascotas • Servicios y equipos para mejorar la calidad del aire en interiores	$0	Los afiliados que cumplan con los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) pueden usar la tarjeta Te Paga para la compra de ambos, artículos fuera del recetario y otros artículos y servicios elegibles. $1,296 anualmente ($108 mensualmente). Aplica únicamente a través de proveedores contratados. Refiérase a su *Evidencia de Cobertura* para requisitos de elegibilidad. Las cantidades no utilizadas **se transfieren** al próximo mes dentro del año del plan. 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

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (continuación de la página anterior) condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, y otras condiciones no mencionadas, son elegibles para el programa SSBCI.	• Apoyos generales para la vida diaria • Necesidades sociales • Servicios que apoyan la autodirección • Acondicionamiento físico • Apoyo para la función cognitiva y de la memoria • Terapias alternativas Para detalles específicos relacionados con los servicios y artículos disponibles bajo cada categoría, consulte su Evidencia de Cobertura.		que son ilegales según la ley estatal o federal, programas de membresía amplios que incluyan múltiples servicios y descuentos no relacionados, y alimentos no saludables.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Beneficios suplementa-rios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (continuación de la página anterior) La elegibilidad para los beneficios descritos no está garantizada únicamente por la presencia de una condición crónica mencionada.	Servicios de asistencia en el hogar	$0	Los afiliados elegibles pueden recibir cubierta para servicios de asistencia en el hogar, incluyendo estilismo (servicios de barbería/salón), limpieza de patios, plomería, cerrajería, electricidad, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza/desinfección preventiva del hogar. 12 visitas anuales (máximo 3 trimestrales). Si no se utiliza la cantidad total de visitas en un trimestre, el saldo de visitas no se transfiere para ser utilizado en el siguiente trimestre. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para conocer los requisitos de elegibilidad. Para servicios de barbería/salón (lavado, corte y secado), usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir estos servicios. Para más información, comuníquese con el proveedor de asistencia en el hogar.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por los proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas sobre los beneficios)
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (continuación de la página anterior) Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se otorgue el beneficio. Para detalles, por favor contáctenos.	Transportación para necesidades no médicas	$0	Para los afiliados elegibles la Transportación para necesidades no médicas se combina con la transportación del paquete básico para necesidades relacionadas con la salud. Consulte su beneficio de Transportación para información sobre el número de viajes que están disponibles para usted. Los viajes que realice a destinos no relacionados con la salud se cuentan dentro del total de viajes disponibles bajo el beneficio de transportación. Solo aplica a través de proveedores contratados. Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los requisitos de elegibilidad.

El resumen de beneficios anterior se proporciona solo con fines informativos y no es una lista completa de beneficios. Para una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
Si no tiene una *Evidencia de Cobertura*, llame a Servicios para los Miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) a los números que se encuentran al pie de esta página para obtener una copia. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para los Miembros o visitar www.mcsclassicare.com.

D. Beneficios cubiertos fuera de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede obtener que no están cubiertos por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) pero sí están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o municipal. Esta lista no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros a los números que aparecen al pie de esta página para información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	**Sus costos**
Certificados de salud	$0 Cubiertos bajo el PSG (Plan de Salud del Gobierno). Cualquier certificación para los afiliados del PSG relacionada con la elegibilidad al Programa de Medicaid se proveerá sin costo.
Nursery	$0
Cuidado para el niño saludable	$0

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	Sus costos
Cubierta especial	$0 Si le diagnostican una condición especial o crónica puede visitar al proveedor que le atiende y le ofrece servicios relacionados sin necesidad de un referido de parte de su PCP. Consulte el Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura* para conocer sobre las condiciones aplicables y el proceso del Registro de Condiciones Especiales. Este servicio está cubierto por el PSG (Plan de Salud del Gobierno).

E. Servicios que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros a los números que están al pie de esta página, o refiérase al Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura* para conocer sobre otros servicios excluidos.

Servicios que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren	
Cirugías o procedimientos cosméticos que no sean médicamente necesarios según las normas de Medicare.	Consulte el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura* para conocer las excepciones y las normas de Medicare.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, como un teléfono o televisor	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	
Servicios de un proveedor que no forma parte del plan, a menos que esté autorizado por el plan.	Por favor refiérase a las excepciones descritas en el Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

F. Sus derechos como afiliado del plan

Como afiliado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin represalias. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de cuidado de salud. Le informaremos acerca de sus derechos al menos una vez al año. Para más información acerca de sus derechos, por favor lea la *Evidencia de Cobertura*. Sus derechos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- **Usted tiene el derecho al respeto, la justicia y la dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener servicios cubiertos sin preocuparse por su condición médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, historial de reclamaciones, historial médico, discapacidad (incluso el deterioro mental), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública.

- Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) libre de cargos.
- Estar libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento.

- **Usted tiene el derecho a obtener información acerca de su cuidado de salud.** Esto incluye información sobre su tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información acerca de:
  - La descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo obtener los servicios
  - Cuánto le costarán a usted los servicios
  - Los nombres de proveedores y equipo de manejo de cuidado
- **Usted tiene el derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso el rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y a cambiar su PCP en cualquier momento durante el año
  - Utilizar un proveedor de atención médica para mujeres sin un referido
  - Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer acerca de todas sus opciones de tratamiento, sin importar el costo o si están cubiertas
  - Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja no hacerlo
  - Dejar de tomar sus medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja no hacerlo
  - Solicitar una segunda opinión. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión
  - Dar a conocer sus deseos en asuntos de atención médica en directrices anticipadas

---

- **Usted tiene el derecho a obtener atención de manera oportuna, sin barreras de comunicación o de acceso físico**. Esto incluye el derecho a:
  - Obtener atención médica de manera oportuna
  - Entrar y salir del consultorio del proveedor de cuidado de salud. Esto significa tener acceso sin barreras para personas con discapacidad, según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Dissabilities Act, ADA).
  - Contar con un intérprete para ayudarle a comunicarse con sus proveedores de atención médica y su plan de salud.
- **Usted tiene el derecho a obtener cuidado de emergencia y cuidado de urgencia cuando lo necesite.** Esto significa que usted tiene el derecho a:
  - Obtener servicios de emergencia durante una emergencia sin necesidad de una autorización previa
  - Utilizar un proveedor fuera de la red para obtener atención de emergencia o de urgencia cuando sea necesario
- **Usted tiene el derecho a la confidencialidad y a la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Solicitar y obtener copia de sus expedientes médicos de una manera que usted pueda entender, y solicitar que se modifiquen o corrijan sus expedientes
  - Que su información personal de salud se mantenga en privado
  - Tener privacidad durante su tratamiento

- **Usted tiene el derecho a presentar quejas sobre sus servicios cubiertos o atención.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o querella contra nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja con nosotros llamando a Servicios para los Miembros: 1-866-627-8183 (libre de cargos); los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182. 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. Visite www.mcsclassicare.com para obtener más información y formularios.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por nuestros proveedores. Si tomamos una decisión sobre su cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación será tramitada por revisores distintos a los que emitieron la decisión original. Consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener una lista completa de los recursos disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.
  - Solicitar una audiencia estatal con la Administración de Seguros de Salud (ASES) en la oficina de PROBENE, al PO Box 195661 San Juan PR 00936 o llamar al 1-800-981-2737; TTY 787-474-3389 lunes - viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m.
  - Obtener una razón detallada por la cual los servicios le fueron denegados.

Para más información acerca de sus derechos, puede leer su *Evidencia de Cobertura*. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios para los Miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) a los números que están al pie de esta página.

También puede llamar al Área de educación y relaciones comunitarias del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA) al 1-877-725-4300, lunes - viernes 7:30 a.m. - 4:30 p.m., o la Administración de Seguros de Salud (ASES) al 1-800-981-2737, TTY 787-474-3389, lunes - viernes 8 a.m. - 4:30 p.m.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) debería cubrir algo que hemos denegado, llame a Servicios para los Miembros a los números que aparecen al pie de esta página. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Para preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a Servicios para los Miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) a los números que aparecen al pie de esta página.

Información de contacto del plan para quejas, querellas, apelaciones:

- 1-866-627-8183 (libre de cargos); Usuarios de TTY: 1-866-627-8182.
- 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.
- Visite www.mcsclassicare.com para más información y formularios.

H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de la salud y organizaciones que proveen servicios son honestos. Lamentablemente puede haber algunos que son deshonestos.

Si usted piensa que un doctor, hospital o farmacia está haciendo algo equivocado, por favor, contáctenos.

- Llame a Servicios para los Miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Los números telefónicos están al pie de esta página.

- O llame a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico al 1-800-981-2737. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-787-474-3389. Las horas de servicio son de lunes - viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números libre de cargos.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o la tarjeta de identificación del afiliado, por favor llame a Servicios para los Miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP):

- Afiliados actuales: 1-866-627-8183 (Libre de cargos)
- No afiliados: 1-866-627-8181 (Libre de cargos)
- Las llamadas a este número son gratuitas.

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 sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Para información general sobre sus beneficios, fuera de este horario laboral, puede dejarnos un mensaje de voz. Le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.

Servicios para los Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan español.

Usuarios de TTY: 1-866-627-8182.
Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Las llamadas a este número son gratuitas.
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.

Si tiene preguntas, por favor llame a MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) a: Afiliados actuales: 1-866-627-8183 (libre de cargos); No afiliados: 1-866-627-8181 (libre de cargos). Usuarios de TTY: 1-866-627-8182. 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. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.mcsclassicare.com.

Si tiene preguntas sobre su salud: Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando la oficina esté cerrada. Si la oficina de su PCP está cerrada, también puede llamar a MCS Medilínea. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir atención. (Por ejemplo: Cuidado de urgencia o sala de emergencia). El número de MCS Medilínea es 1-866-727-6271. Las llamadas a este número son gratuitas y disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan español. Usuarios de TTY llamen al 1-844-777-8837 Las llamadas a este número son gratuitas y disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.
Si necesita atención inmediata de salud mental, por favor llame a MCS Solutions: 1-800-760-5691 Las llamadas a este número son gratuitas y disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan español. Usuarios de TTY llamen al 1-866-912-2788 Las llamadas a este número son gratuitas y disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.