

Resumen de Beneficios 2021

MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)

H5577, Plan 809

Esto es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)


1 de enero de 2021 – 31 de diciembre de 2021

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

La información de beneficios provista es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com para ver su Evidencia de Cobertura 2021.

Para afiliarse a **MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Usted también es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando usted sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos o cuando era miembro de otro plan que terminó. Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.

MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios puede usar proveedores que no están en nuestra red. Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar a los



miembros de MCS Classicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Centro de Llamadas o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.

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

Cómo Obtener Ayuda de Medicare

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

Documentos del Plan en Otros Formatos e Idiomas

Este documento está disponible en otros formatos tales como letra agrandada, braille y audio CD. Este documento también está disponible de forma gratuita en inglés y español. 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 libre de cargos al 1-866-627-8181. 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](https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/productos-y-servicios/cubiertas/evidencia-de-cubiertas.aspx) en nuestro sitio web en <https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/productos-y-servicios/cubiertas/evidencia-de-cubiertas.aspx>.

Directorios del Plan

Puede ver el [directorio de proveedores](https://www.mcsclearcare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx) de nuestro plan en nuestro sitio web en <https://www.mcsclearcare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx>.

Puede ver el [directorio de farmacias](https://www.mcsclearcare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx) de nuestro plan en nuestro sitio web <https://www.mcsclearcare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx>.

Cubierta 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](https://www.mcsclearcare.com/es/Paginas/cubierta-medicamentos/formulario-de-medicamentos.aspx) 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 <https://www.mcsclearcare.com/es/Paginas/cubierta-medicamentos/formulario-de-medicamentos.aspx>.

Prima Mensual, Deducible y Límites para los Servicios Cubiertos

Primas y Límites	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
Prima mensual del plan	Costo del plan: \$100 Aportación patronal/Sistema de Retiro: \$100 Diferencia a pagar por usted: \$0	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	No paga nada	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$6,700 anuales	Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.

Beneficios de Cuidado Médico y Hospitalario

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
Cubierta hospitalaria	Usted paga un copago de \$50 por estadía Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% del costo	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para estadías intrahospitalarias. El cargo aplica por estadía. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
Cubierta de hospital ambulatoria	No paga nada por visita Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% del costo, excepto para servicios de observación los cuales tienen 0%.	Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> ○ Proveedores de cuidado primario ○ Especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ No paga nada por visita ○ Usted paga un copago de \$10 por visita Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% del costo	
Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)	No paga nada por servicio Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 0% del costo	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.
Cuidado de emergencia <ul style="list-style-type: none"> ○ Sala de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga un copago de \$75 por visita 	Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo por el cuidado de emergencia. Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cubierta mundial 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga un copago de \$75 por visita 	<p>cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.</p> <p>La cubierta mundial se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado de urgencia ○ Cubierta mundial 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga un copago de \$10 por visita ○ Usted paga un copago de \$75 por visita 	<p>Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.</p> <p>La cubierta mundial se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente.</p>
<p>Servicios diagnósticos/ laboratorios/imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas y procedimientos diagnósticos ○ Servicios de laboratorio ○ MRI, CT scan ○ Rayos X 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga 20% del costo por servicio ○ Usted paga 20% del costo por servicio ○ Usted paga 20% del costo por servicio ○ Usted paga 20% del costo por servicio <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<p>Servicios de audición</p>		

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de audición cubierto por Medicare ○ Examen de audición rutinario ○ Audífonos ○ Evaluación/ajuste para audífono(s) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ No paga nada por examen de audición ○ No paga nada por examen de audición de rutina ○ Audífonos cubiertos ○ No paga nada por ajuste/evaluación para audífono(s) <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo, excepto para audífonos los cuales tienen 0%.</p>	<p>Hasta \$800 cada año para audífonos.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios cubiertos por Medicare ○ Examen oral y limpieza ○ Empastes ○ Coronas ○ Prostodoncia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no paga nada por servicios cubiertos por Medicare ○ Usted no paga nada por visita de oficina ○ Usted no paga nada por servicio ○ No está cubierto ○ No está cubierto <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.</p> <p>Hasta \$1,500 cada año para beneficios dentales comprensivos.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<p>Servicios de visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de la vista cubierto por Medicare ○ Examen rutinario para la visión ○ Espejuelos no cubiertos por Medicare (monturas y lentes) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ No paga nada por examen de la vista ○ No paga nada por examen de la vista de rutina ○ No está cubierto <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	
<p>Servicios de salud mental</p>		

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Visita hospitalaria ○ Visita ambulatoria para terapia individual ○ Visita ambulatoria para terapia grupal 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga un copago de \$50 por estadía ○ Usted no paga nada por cada visita ambulatoria para terapia individual ○ Usted no paga nada por cada visita ambulatoria para terapia grupal <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo (Para servicios intrahospitalarios el cargo aplica por estadía)</p>	<p>Visita hospitalaria: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de salud mental hospitalario en un hospital psiquiátrico.</p> <p>El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiátrica brindados en un hospital general.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<p>Centro de cuidado de enfermería diestra</p>	<p>No paga nada por estadía</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<p>Terapia física</p>	<p>No paga nada por visita</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de Cobertura o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
Ambulancia	<p>No paga nada por servicio</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
Transportación	<p>No paga nada</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierto</p>	<p>Doce (12) viajes (de ida o de vuelta) a lugares aprobados por el plan cada año. Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos de quimioterapia ○ Otros medicamentos de la Parte B 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga 5% del costo por medicamento ○ Usted paga 0-10% del costo dependiendo del medicamento o servicio <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
Centro de cirugía ambulatoria	<p>Usted paga un copago de \$50 por las visitas cubiertas por Medicare</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>20% del costo</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<p>Cuidado del pie (servicios de podiatría)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes de los pies y tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted paga un copago de \$10 por visita 	

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
	Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% del costo	
Equipo médico/suministros <ul style="list-style-type: none"> ○ Equipo médico duradero (por ej. sillas de ruedas, oxígeno) ○ Prótesis (por ej. abrazaderas, extremidades artificiales) ○ Suplidos para la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ No paga nada por equipo ○ No paga nada por dispositivo ○ No paga nada por suplido Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% del costo	Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> ○ Educación en salud (Club Te Paga, Programa de Bienvenida Saludable, MCS En Alerta) ○ Beneficio de salud física (Club Te Paga) ○ Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ No paga nada por servicio ○ No paga nada por servicio ○ No paga nada por servicio Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): No está cubierto	
Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	No paga nada por artículo Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): No están cubiertos	Usted tiene hasta \$20 trimestrales (\$80 anuales) para la compra de artículos OTC. Usted no necesita una receta médica para adquirir sus medicamentos y/o artículos OTC. No obstante, usted

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
		<p>debe consultar con su médico antes de comprar medicamentos y/o artículos de doble propósito. Estos son medicamentos y/o artículos que se utilizan para tratar más de una condición.</p> <p>Vea su Evidencia de cobertura y la Guía de Artículos Fuera del Recetario para información sobre las reglas del plan y para la lista completa de los artículos cubiertos.</p> <p>Usted debe utilizar la cantidad máxima de la cuota asignada por trimestre, ya que estas cantidades no se acumulan de un trimestre al otro. Contacte al plan para más detalles.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la espalda baja</p> <p>Servicios adicionales de Acupuntura sin necesidad de diagnóstico</p>	<p>○ No paga nada por visita</p> <p>○ No paga nada por visita, seis (6) visitas adicionales por año.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierta</p>	<p>Servicios cubiertos incluyen hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare, con 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejora. Sesiones individuales de terapia (no en combinación con otras modalidades de tratamiento). Aplica a través de proveedores independientes que forman parte de la red del plan.</p> <p>Por favor refiérase a la sección titulada “Acupuntura” en el Directorio de Proveedores.</p>
<p>Masaje terapéutico</p>	<p>No paga nada por visita, seis (6) visitas por año.</p>	<p>Sesiones de terapias individuales (no en</p>

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
	<p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierto</p>	<p>combinación con otras modalidades de tratamientos). Aplica a través de proveedores independientes que forman parte de la red del plan.</p> <p>Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud y deben ser provistos por proveedores de la red.</p> <p>Por favor refiérase a la sección titulada “Masaje Terapéutico” en el Directorio de Proveedores.</p>
Reflexología podal	<p>No paga nada por visita, seis (6) visitas por año.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierta</p>	<p>Sesiones de terapias individuales (no en combinación con otras modalidades de tratamientos). Aplica a través de proveedores independientes que forman parte de la red del plan.</p> <p>Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud y deben ser provistos por proveedores de la red.</p> <p>Por favor refiérase a la sección titulada “Reflexología Podal” en el Directorio de Proveedores.</p>
Servicios de Nutricionista	<p>Usted no paga nada por seis (6) visitas cada año</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No están cubiertos</p>	<p>Este beneficio no es el mismo beneficio que la terapia médica nutricional que es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo solicita el médico del</p>

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
		<p>afiliado. Este beneficio está disponible para todos nuestros afiliados.</p> <p>Consulte su Evidencia de cobertura para más detalles. Para obtener una lista de los dietistas disponibles, consulte su Directorio de proveedores y farmacias.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos</p> <p>Para ser elegible para estos beneficios adicionales usted debe cumplir con los siguientes requisitos: Debe tener una o más condiciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro su vida o limitan significativamente su salud o su funcionamiento en general. Además, usted debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y debe requerir coordinación de cuidados intensivos.</p>	<p>Tarjeta Te Paga – aportación para compras de alimentos saludables, ayuda con el pago de facturas de electricidad, agua, teléfono, Internet y/o gasolina:</p> <p>No paga nada a nuestro plan</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierto</p>	<p>Usted tiene hasta \$400 trimestrales (\$1,600 anuales).</p> <p>Esta es una cantidad máxima de aportación para la combinación de los seis (6) servicios mencionados.</p> <p>Si en un trimestre no utilizó la cantidad completa o sólo usó una parte de la cantidad de dinero asignada, el balance restante no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.</p> <p>Las facturas de agua, luz, teléfono e Internet deben estar a nombre del afiliado para poder acceder el beneficio.</p> <p>Este beneficio no puede usarse para la compra de bebidas alcohólicas, tabaco o cualquiera de sus derivados.</p> <p>La aportación no es transferible a dinero en efectivo. Aplica solo a través de suplidores contratados. Ciertas limitaciones y reglas pueden aplicar.</p>

Beneficios

MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)

Lo que Usted Debe Saber

Transportación para necesidades no médicas:

No paga nada por cada viaje para la ida o la vuelta

Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):

No está cubierta

Servicios de asistencia en el hogar – plomería básica, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas y limpieza / desinfección preventiva del hogar:

No paga nada por servicio

Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):

Refiérase a su Evidencia de Cobertura o llame al plan para detalles.
Además de utilizar su beneficio de transportación para asistir a citas médicas, farmacias y laboratorios, usted tiene la flexibilidad de utilizar su beneficio para realizar gestiones no médicas. Por ejemplo, visitas al supermercado o al banco, entre otras.

Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular. Refiérase a su beneficio de transportación para información sobre la cantidad de viajes que tiene disponible.

Aplica solo para localidades aprobadas por el plan a través de suplidores contratados.

Refiérase a su Evidencia de Cobertura o llame al plan para detalles.
Los servicios están limitados a ocho (8) visitas por año. Aplica un máximo de dos (2) visitas por trimestre.

Si en un trimestre usted no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.

Beneficios	MCS Classicare ELA Máximo (OSS-PDS)	Lo que Usted Debe Saber
	No están cubiertos	<p>Para todas estas categorías de servicios solo aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el suplidor de servicios.</p> <p>Aplica solo a través de suplidores contratados. Ciertas limitaciones y reglas pueden aplicar.</p> <p>Refiérase a su Evidencia de Cobertura o llame al plan para detalles.</p>
Tecnologías de Acceso Remoto (Telemedicina)	<p>Usted no paga nada por consulta médica</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierta</p>	<p>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.</p> <p>Usted tiene acceso a consultas de salud para una enfermedad menor con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.</p> <p>Si el médico determina que su condición no puede ser atendida por medio de esta plataforma, usted será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario.</p> <p>Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono inteligente, computadora o tableta. No aplica para</p>

Beneficios

**MCS Classicare ELA
Máximo (OSS-PDS)**

**Lo que Usted
Debe Saber**

servicios fuera de la
plataforma contratada.

Refiérase a su Evidencia de
Cobertura para más detalles.

Medicamentos Recetados Ambulatorios

El costo compartido al por menor puede cambiar para los suministros extendidos (60 y 90 días) y en los medicamentos para la infusión en el hogar. El costo compartido también puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información sobre las cantidades de costo compartido aplicables y las etapas de beneficio, por favor llámenos o acceda su Evidencia de Cobertura en línea.

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted. Refiérase a la etapa 2 (Etapa de Cobertura Inicial) para ver su parte del costo en los siguientes niveles de medicamentos:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: Medicamentos especializados
- Nivel 6: Medicamentos de cuidado selecto

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,130.

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto por la Parte D o pedido por correo (suministro de 90 días):

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial	Costo compartido estándar al por menor (suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel de costo compartido:	Usted paga:	Usted paga:
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0	\$0
Nivel 2: Genérico	\$2	\$4
Nivel 3: Marca Preferida	\$10	\$20
Nivel 4: Marca No Preferida	\$20	\$40
Nivel 5: Nivel Especializado	33%	No se ofrece
Nivel 6: Cuidado Selecto	\$5	\$10

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$6,550.

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura	Costo compartido estándar al por menor (suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel de costo compartido:	Usted paga:	Usted paga:
Nivel 1: Genérico Preferido	\$0	\$0
Nivel 2: Genérico	\$2	\$4
Nivel 3: Marca Preferida	Usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro).	Usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro).
Nivel 4: Marca No Preferida	Usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro).	Usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro).
Nivel 5: Nivel Especializado	Para medicamentos genéricos, usted paga el 25% del precio. Para medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro).	No se ofrece

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura	Costo compartido estándar al por menor (suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 6: Cuidado Selecto	\$5	\$10

Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- Su parte del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea mayor:
 - ya sea - coseguro del 5% del costo del medicamento
 - ó - \$3.70 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 para todos los demás medicamentos.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

Aplica según el tipo de medicamento que esté incluido en cada nivel de medicamento. Nuestros niveles de medicamentos son:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: Medicamentos especializados
- Nivel 6: Medicamentos de cuidado selecto

Servicios de Intérprete Multilinguaje

Inglés: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-627-8183（TTY：1-866-627-8182）。

Francés: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (ATS : 1-866-627-8182).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182)번으로 전화해 주십시오.

Árabe:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-627-8183 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-627-8182).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) पर कॉल करें।

Italiano: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Português: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Francés Criollo: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Polaco: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Japonés: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-627-8183（TTY:1-866-627-8182）まで、お電話にてご連絡ください。

Ucraniano: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-627-8183 (телетайп: 1-866-627-8182).

Catalán: ATENCIÓ: Si parleu Català, teniu disponible un servei d'ajuda lingüística sense cap càrrec. Truqueu al 1-866-627-8183 (TTY o teletip: 1-866-627-8182).

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE