

# Resumen de Beneficios 2021

## MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)

**H5577, Plan 037**

---

**Esto es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)**

**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 y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

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

Para afiliarse a **MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y el Plan de Salud del Gobierno (PSG) - Medicaid, 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 Platino @Home (OSS D-PNE)** 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.

## Beneficios cubiertos bajo Medicaid

Para los servicios cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno (PSG), refiérase a la sección titulada *Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud*.

## 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 braille, letra agrandada 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](http://www.mcsclassicare.com)

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

Si usted no es afiliado de este plan, llame 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.mcsclassicare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx) de nuestro plan en nuestro sitio web en <https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx>.

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

## Prima Mensual, Deducible y Límites para los Servicios Cubiertos

<b>Primas y Límites</b>	<b>MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)</b>	<b>Lo que Usted Debe Saber</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	Usted paga \$0	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Reducción a la prima de la Parte B</b>	MCS Classicare reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare por hasta \$45.	Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente.
<b>Deducible</b>	No paga nada	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</b>	\$3,400 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 Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Cubierta hospitalaria</b>	No paga nada por estadía	<p>Nuestro plan cubre 90 días por periodo de beneficios para estadías intrahospitalarias cubiertas por Medicare.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Refiérase a la sección titulada Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud para información sobre su cubierta extendida bajo este plan Platino.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Cubierta de hospital ambulatorio</b>	No paga nada por visita	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Visitas a médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Proveedores de cuidado primario</b></li> <li>○ <b>Especialistas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
	No paga nada por visita	<p>pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p> <p>No se requiere referido para especialistas dentro de la Red Especial.</p>
<p><b>Cuidado preventivo</b> (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)</p>	No paga nada por servicio	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.
<p><b>Cuidado de emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sala de emergencia</b></li> <li>○ <b>Cubierto mundial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita</li> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<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><b>Servicios de urgencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Cuidado de urgencia</b></li> <li>○ <b>Cubierto mundial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita</li> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<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>

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<p><b>Servicios diagnósticos/laboratorios/imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>○ Servicios de laboratorio</li> <li>○ MRI, CT scan</li> <li>○ Rayos X</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> </ul>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p> <p>No se requiere referido para servicios de laboratorio y procedimientos y pruebas diagnósticas dentro de la Red Especial.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>○ Examen de audición rutinario</li> <li>○ Audífonos</li> <li>○ Evaluación/ajuste para audífono(s)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por examen de audición</li> <li>○ No paga nada por examen de audición de rutina</li> <li>○ Audífonos cubiertos</li> <li>○ No paga nada por una evaluación/ajuste para audífonos.</li> </ul>	<p>Hasta \$2,000 cada año para audífonos.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Contacte al plan para detalles.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>○ Examen oral y limpieza</li> <li>○ Empastes</li> <li>○ Coronas</li> <li>○ Prostodoncia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicios cubiertos por Medicare</li> <li>○ No paga nada por visita de oficina</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ Usted no paga nada por servicio</li> <li>○ Usted no paga nada por servicio</li> </ul>	<p>Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.</p> <p>Hasta \$2,000 cada año para beneficios dentales comprensivos.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Servicios de visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de la vista cubierto por Medicare</li> <li>○ Examen rutinario para la visión</li>   <li>○ Espejuelos no cubiertos por Medicare (monturas y lentes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por examen de la vista</li> <li>○ No paga nada por examen de la vista de rutina</li>   <li>○ Artículos de la vista cubiertos</li> </ul>	<p>Hasta \$500 cada año para artículos de la vista.</p> <p>El proveedor y/o miembro debe verificar cuál es la cantidad máxima disponible restante de la cubierta del plan.</p>
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita hospitalaria</li>   <li>○ Visita ambulatoria para terapia individual</li>   <li>○ Visita ambulatoria para terapia grupal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por estadía</li>   <li>○ No paga nada por cada visita ambulatoria para terapia individual</li>   <li>○ No paga nada por cada visita ambulatoria para terapia grupal</li> </ul>	<p>Visita hospitalaria: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de salud mental hospitalario en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Refiérase a la sección de Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<b>Centro de cuidado de enfermería diestra</b>	No paga nada por estadía	<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>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Terapia física</b>	No paga nada por visita	También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la



Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
		<p>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> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Ambulancia</b>	No paga nada por servicio	Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
<b>Transportación</b>	No paga nada	Veinticuatro (24) 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.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Medicamentos de quimioterapia</b></li> <li>○ <b>Otros medicamentos de la Parte B</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por medicamento</li> <li>○ No paga nada por medicamento</li> </ul>	Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	No paga nada por las visitas cubiertas por Medicare	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Cuidado del pie (servicios de podiatría)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Exámenes de los pies y tratamiento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<p>Las visitas a especialistas requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p> <p>No se requiere referido para especialistas dentro de la Red Especial.</p>
<b>Equipo médico/suministros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Equipo médico duradero (por ej. sillas de ruedas, oxígeno)</b></li> <li>○ <b>Prótesis (por ej. abrazaderas, extremidades artificiales)</b></li> <li>○ <b>Suplidos para la diabetes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por equipo</li> <li>○ No paga nada por dispositivo</li> <li>○ No paga nada por suplido</li> </ul>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Referido del PCP (para los servicios correspondientes) se maneja mediante el Formulario de Referido/autorización. Contacte al plan para más detalles.</p>
<b>Programas de bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Educación en salud (Club Te Paga, Programa de Bienvenida Saludable, MCS En Alerta)</b></li> <li>○ <b>Beneficio de salud física (Club Te Paga)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> </ul>	

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicio</li> </ul>	
<p><b>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>No paga nada por artículo</p>	<p>Usted tiene hasta \$125 mensuales (\$1,500 anuales) para la compra de artículos OTC.</p> <p>Usted no necesita una receta médica para adquirir sus medicamentos y/o artículos OTC. No obstante, usted 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 mes, ya que estas cantidades no se acumulan de un periodo al otro. Contacte al plan para más detalles.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor crónico en la espalda baja</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<p>Servicios cubiertos incluyen hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare con 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejora.</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Servicios adicionales de Acupuntura sin necesidad de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita, seis (6) visitas adicionales por año.</li> </ul>	<p>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>
<b>Masaje terapéutico</b>	No paga nada por visita, seis (6) visitas adicionales por año.	<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 “Masaje Terapéutico” en el Directorio de Proveedores.</p>
<b>Reflexología podal</b>	No paga nada por visita, seis (6) visitas adicionales por año.	<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</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)	Lo que Usted Debe Saber
		<p>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>
<p><b>Servicios de Nutricionista</b></p>	<p>Usted no paga nada por seis (6) visitas cada año</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 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><b>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos</b></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</p>	<p><b>Te Paga Card</b> – aportación para compras de alimentos saludables y/o ayuda con el pago de facturas de electricidad, agua, teléfono, Internet y/o gasolina.</p> <p>No paga nada a nuestro plan</p>	<p>Usted tiene hasta \$80 trimestrales (\$320 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>

## Beneficios

## MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)

## Lo que Usted Debe Saber

tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y debe requerir coordinación de cuidados intensivos.

### **Transportación para necesidades no médicas**

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

La factura de agua, luz y teléfono debe estar a nombre del afiliado para poder acceder el beneficio.

Este beneficio no puede usarse para la compra de bebidas alcohólicas, tabaco o cualquiera de sus derivados.

La aportación no es transferible a dinero en efectivo. Aplica solo a través de suplidores contratados. Ciertas limitaciones y reglas pueden aplicar.

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

## Beneficios

## MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)

## Lo que Usted Debe Saber

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

No paga nada por servicio

aprobadas por el plan a través de suplidores contratados. Ciertas limitaciones y reglas pueden aplicar.

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.

Para todas estas categorías de servicios solo aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el suplidor de servicios.

Aplica solo a través de suplidores contratados. Ciertas limitaciones y reglas pueden aplicar.

Refiérase a su Evidencia de Cobertura o llame al plan para detalles.

## Beneficios

## MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE)

## Lo que Usted Debe Saber

### Tecnologías de Acceso Remoto (Telemedicina)

No paga nada por consulta médica

Los servicios de Tecnologías de Acceso Remoto (Telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año.

Usted tiene acceso a consultas de salud, para una enfermedad menor, con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.

Si el médico determina que 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.

Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono inteligente, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada.

Consulte su Evidencia de cobertura para más detalles.



## Medicamentos Recetados Ambulatorios

El costo compartido puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información acerca de 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):

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

### 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.

<b>Etapa 3: Etapa del período sin cobertura</b>	<b>Costo compartido estándar al por menor (suministro de 30 días)</b>	<b>Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)</b>
<b>Nivel de costo compartido:</b>	<b>Usted paga:</b>	<b>Usted paga:</b>
<b>Nivel 1: Genérico Preferido</b>	\$0	\$0
<b>Nivel 2: Genérico</b>	\$0	\$0
<b>Nivel 3: Marca Preferida</b>	\$0	\$0
<b>Nivel 4: Marca No Preferida</b>	\$0	\$0
<b>Nivel 5: Nivel Especializado</b>	\$0	No se ofrece
<b>Nivel 6: Cuidado Selecto</b>	\$0	\$0

## **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 todo el costo de sus medicamentos.

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

## Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud para el Contrato H5577, Plan 037

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 de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud.

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud. 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 (PSG) cubre y lo que nuestro plan cubre.

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
<b>Prima mensual</b>	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 al mes.
<b>Servicios de hospitalización</b>	<p><b>Admisiones</b></p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <p><b>Nursery</b></p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no</p>	<p><b>Admisiones</b> \$0 copago</p> <p><b>Nursery</b> \$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) 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.

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

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

	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.	
<b>Hospitalización para enfermedades de la salud mental</b>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <p>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 Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	\$0 copago
<b>Hospitalización para trastornos de abuso de sustancias</b>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <p>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</p>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<p>Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	
<p><b>Servicios ambulatorios para trastornos de abuso de sustancias</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>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 Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Servicios ambulatorios profesionales y de salud mental</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Todos los servicios de emergencia e intervención en crisis para pacientes ambulatorios (OPD, por sus siglas en inglés) relacionados con la salud mental</p>	<p>\$0 copago</p>



Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<p>las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	
<p><b>Servicios de laboratorios y laboratorios de alta tecnología</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0.50  Código de cubierta 120: \$1.00  Código de cubierta 130: \$1.50</p> <p>Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con obtener un certificado de salud no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Programa de Exámenes Tempranos Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés)</b>  (Menores de 21 años de edad)</p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Requisitos de EPSDT no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los exámenes de EPSDT deben incluir todo lo siguiente:  Historial comprensivo de desarrollo y de salud; evaluación</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Para más información relacionada a los servicios EPSDT, por favor comuníquese con nuestro Centro de llamadas.</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

	<p>de desarrollo que incluya el desarrollo mental, emocional y de comportamiento; medidas (que incluyan la circunferencia de la cabeza del infante); evaluación de estado nutricional; examen físico comprehensivo sin ropa; vacunaciones según las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) - las vacunas en sí son proporcionadas y pagadas por el Departamento de Salud para las personas elegibles bajo Medicaid y CHIP. Ciertas pruebas de laboratorio; consejería preventiva y educación en salud; examen de la visión; prueba de tuberculosis; examen de la audición; y evaluación dental y de salud oral. (Se debe hacer referencia a las guías correspondientes de CMS de EPSDT y la política ASES).</p>	
<p><b>Planificación familiar</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de planificación familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proveen educación y</p>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

consejería en salud reproductiva y planificación familiar.

Dichos servicios deben ser provistos de manera voluntaria y confidencial, incluso en circunstancias en que el afiliado 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
- Otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, cuando sean médicamente necesarios y hayan sido aprobados mediante

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Una contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado.</li><li>○ Historial de reacciones adversas del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.</li><li>○ Historial de reacciones adversas por el afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.</li></ul>	
<p><b>Cesación del uso del tabaco</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de cesación del uso del tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas 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</p>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>médicamente necesario y recetado por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas con y sin receta, según lo indique un médico.</p>	
<p><b>Servicios de maternidad</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Abortos cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico.</p> <p>Causaría un daño severo y duradero a la madre si el embarazo se lleva a término, según lo certifique un médico.</p>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Médico y quirúrgico</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Los servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

	<p>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.</p>	
<p><b>Servicios de visión</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años, se cubrirán cuando sea <b>médicamente necesario</b>, el beneficio de espejuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes deben ser preautorizados con excepción de los lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o reemplazo de espejuelos cada 24 meses, cuando sea médicamente</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años, se cubrirán cuando sea médicamente necesario. El beneficio de espejuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espejuelos estándar <b>cada año</b>, incluida la reparación o reemplazo de espejuelos cada año, cuando sea médicamente necesario. El proveedor y / o afiliado debe verificar la disponibilidad restante combinada del monto máximo de cobertura de beneficios del plan.</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

	necesario y aprobado por preautorización.	
<b>Servicios dentales, preventivos y restaurativos</b>		\$0 copago \$0 copago \$0 copago
Preventivo (niño)	<b>Código de cubierta 100:</b> \$0	
Preventivo (adulto)	\$0	
Restaurativo	\$0	
Preventivo (niño)	<b>Código de cubierta 110:</b> \$0	
Preventivo (adulto)	\$1	
Restaurativo	\$1	
Preventivo (niño)	<b>Código de cubierta 120:</b> \$0	
Preventivo (adulto)	\$1.50	
Restaurativo	\$1.50	
Preventivo (niño)	<b>Código de cubierta 130:</b> \$0	
Preventivo (adulto)	\$2	
Restaurativo	\$2	
	Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.	Para más información relacionada a los servicios EPSDT, por favor comuníquese con nuestro Centro de llamadas.

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

Los siguientes son los beneficios incluidos en el PSG:

- Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de veintiún (21) años de edad, ordenados según los requisitos de Exámenes Tempranos Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).
- 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 comprensivo 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;



**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

- Hasta cinco (5) radiografías adicionales periapicales/intraorales por año;
- Una (1) radiografía de mordida de un lado por año;
- Una (1) radiografía de mordida de cada lado 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

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
<p><b>Exámenes de audición</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los audífonos para los beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cobertura. Refiérase al EPSDT para servicios de audición cubiertos.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Para más información relacionada a los servicios EPSDT, por favor comuníquese con nuestro Centro de llamadas.</p>
<p><b>Servicios preventivos</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de vacunación no cubiertos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Parte B de Medicare;</li> <li>2. El formulario de medicamentos de la Parte D de la Organización Medicare Advantage (MAO);</li> <li>3. Los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage (MAO)</li> <li>4. El Programa de Inmunización del Departamento de Salud de</li> </ol>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

Puerto Rico, pero incluidos en el Plan Estatal de Medicaid de Puerto Rico.

**Vacunas para niños de 0-20 años de edad (inclusive)**

- Hepatitis B
- Rotavirus (RV)
- DTaP (Toxoides de Diphtheria y vacuna pertussis acelular)
- Hib (Vacuna conjugada Hib)
- PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas)
- Polio (IPV)
- Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV).
- MMR
- Varicela (VAR)
- Hepatitis A
- Vacunas Antimeningocócicas - Hib-MenCY [MenHibrix], MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo) MenB (Meningeococos serogrupo B Men B -4C [Bexserol] y Men B- FHbp [Trumenba])
- Tdap
- Virus del Papiloma Humano (VPH)

**Vacunas para adultos de 21 años de edad**

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza</li> <li>• Td /Tdap (Tetanus Disphtheria, Pertusis)</li> <li>• Varicela</li> <li>• VPH Virus Papiloma Humano</li> <li>• Zoster</li> <li>• MMR</li> <li>• Neumococo Polisacárido (PPSV23)</li> <li>• Neumococo 13 Conjugada (PCV13)</li> <li>• Meningococo</li> <li>• Hepatitis A</li> <li>• Hepatitis B</li> </ul> <p>Las vacunas para niños y adultos listadas anteriormente no están incluidas en el Wrap de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud, pero sí son provistas por el Departamento de Salud (DS).</p>	
<b>Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia física</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</li> <li>• <b>Terapia ocupacional</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia física</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Terapia ocupacional</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Terapia respiratoria</b></li> </ul>

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia respiratoria</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li>   <li>• <b>Terapia del habla</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li>   <li>Cubierta sin límites bajo Medicare parte B (seguro médico). No aplica con el Wrap-Around.</li> </ul>	<p>\$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia del habla</b> \$0 copago</li> </ul>
Servicios en sala de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a salas de emergencia</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</li>   <li>• <b>Servicios que no son de emergencia proporcionados en la sala de emergencia de un hospital (por visita)</b>  Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</li>   <li>• <b>Servicios que no son de emergencia proporcionados en una sala de emergencia independiente (por visita)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a salas de emergencia</b> \$0 copago</li>   <li>• <b>Servicios que no son de emergencia proporcionados en la sala de emergencia de un hospital (por visita)</b> \$0 copago</li>   <li>• <b>Servicios que no son de emergencia proporcionados en una sala de emergencia</b></li> </ul>

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$2  Código de cubierta 120: \$3  Código de cubierta 130: \$4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trauma</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</li> </ul>	<p><b>independiente (por visita)</b>  \$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trauma</b>  \$0 copago</li> </ul>
<p><b>Visitas ambulatorias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</li> <li>• <b>Especialistas</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</li> <li>• <b>Subespecialistas</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</li> </ul> <p><b>Servicios prenatales</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b>  \$0 copago</li> <li>• <b>Especialistas</b>  \$0 copago</li> <li>• <b>Subespecialistas</b>  \$0 copago</li> </ul> <p><b>Servicios prenatales</b>  \$0 copago</p>

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
<b>Cubierta especial</b>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>La cubierta especial incluye servicios relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH / SIDA</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Lepra</li> <li>• Lupus Sistémico Eritematoso (SLE, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Fibrosis Quística</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Hemofilia</li> <li>• ESRD - Niveles 3, 4 y 5</li> <li>• Esclerosis Múltiple</li> <li>• Escleroderma</li> <li>• Hipertensión pulmonar</li> <li>• Anemia aplásica</li> <li>• Artritis reumatoidea</li> <li>• Autismo</li> <li>• Cáncer de la piel</li> <li>• Cáncer de la piel – carcinoma IN SITU</li> <li>• Cáncer de la piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis</li> <li>• Adultos con Fenilcetonuria</li> <li>• Hepatitis C Crónica</li> </ul>	<p>\$0 copago</p> <p>El embarazo y reclusión en el hogar también están establecidos por MCS Classicare bajo el Registro de Condiciones Especiales. Comuníquese con el plan para detalles.</p>
<b>Otros servicios</b>	<p><b>Laboratorios de alta tecnología**</b></p> <p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0.50  Código de cubierta 120: \$1  Código de cubierta 130: \$1.50</p>	<p><b>Laboratorios de alta tecnología</b></p> <p>\$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

**Laboratorios clínicos\*\***

Código de cubierta 100: \$0  
Código de cubierta 110: \$0.50  
Código de cubierta 120: \$1  
Código de cubierta 130: \$1.50

**Rayos X\*\***

Código de cubierta 100: \$0  
Código de cubierta 110: \$0.50  
Código de cubierta 120: \$1  
Código de cubierta 130: \$1.50

**Pruebas diagnósticas  
especiales\*\***

Código de cubierta 100: \$0  
Código de cubierta 110: \$1  
Código de cubierta 120: \$1.50  
Código de cubierta 130: \$2

**\*\*Aplica solo a las pruebas  
de diagnóstico. Los copagos  
no aplican a la prueba  
requerida como parte de un  
servicio preventivo.**

**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

**Examen físico**

Código de cubierta 100: \$0  
Código de cubierta 110: \$1  
Código de cubierta 120: \$1.50  
Código de cubierta 130: \$2

**Laboratorios clínicos**

\$0 copago

**Rayos X**

\$0 copago

**Pruebas diagnósticas  
especiales**

\$0 copago

**Cuidado para el niño  
saludable**

\$0 copago

**Examen físico**

\$0 copago



Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<p><b>Cirugía Ambulatoria</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p>	<p><b>Cirugía Ambulatoria</b>  \$0 copago</p>
<p><b>Medicamentos recetados</b></p>	<p><b>Medicamentos recetados ***</b></p> <p><b>Preferidos (Niños 0-21)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p><b>Preferidos (Adultos)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$2  Código de cubierta 130: \$3</p> <p><b>No Preferidos (Niños 0-21)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p><b>No Preferidos (Adultos)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$3  Código de cubierta 120: \$4  Código de cubierta 130: \$6</p> <p><b>Abuso de sustancias en entorno ambulatorio</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p>	<p><b>Medicamentos recetados+</b></p> <p><b>\$0</b> para todos los medicamentos cubiertos de todos los niveles de nuestro formulario.</p> <p><b>\$0</b> para medicamentos contra el abuso de sustancias en entorno ambulatorio</p> <p><b>Medicamentos recetados ambulatorios</b></p> <p>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.</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare Platino  
@Home (OSS D-PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

\*\*\* Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la hoja de receta.

Los medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO) pero incluidos en el Plan estatal.

Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios de la Organización Medicare Advantage (MAO) aprobado por CMS, incluidos deducibles, coseguros o brechas de cobertura 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 Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) brindarán cobertura 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.

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

- Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de Parte D de las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) 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 Organización de Medicare Advantage (MAO), 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 Organización Medicare Advantage (MAO) deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del PSG.

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

## Información Importante

### **Para beneficiarios de los Planes de Necesidades Especiales que son elegibles para los servicios de salud de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud:**

Esta sección integra requisitos del PSG y consideraciones establecidas por MCS Classicare para un manejo adecuado de los servicios que recibe.

Puede recibir los servicios mencionados a continuación sin la necesidad de obtener un referido de su PCP:

- Si es diagnosticado con una de las siguientes condiciones crónicas o especiales, puede acceder al médico que le brinda tratamiento y servicios relacionados con su condición de salud. Por favor refiérase a las secciones 2.2 y 2.3 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura para detalles.
  - 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
  - Escleroderma
  - Hipertensión Pulmonar
  - Anemia aplásica
  - Artritis Reumatoidea
  - Autismo
  - Cáncer de la piel
  - Cáncer 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
  - Embarazo
  - Reclusión en el hogar
- Si su PCP le envía a cualquier especialista que se encuentre dentro de su grupo médico primario o está contratado con el mismo (el especialista tiene que enviar a su PCP un informe sobre los servicios que le prestó).
- Servicios recibidos durante una hospitalización y transición del paciente interno a otra institución (estas instituciones pueden incluir agencias de atención médica a domicilio, hospitales y centros de atención de enfermería especializada).
- Si está confinado al hogar porque su condición de salud no le permite salir de su hogar sin ayuda, no es medicamente recomendado, o salir de su hogar implica un esfuerzo considerable, usted debe inscribirse en el Registro de Condiciones Especiales de MCS Classicare y debe completar la solicitud titulada “*Homebound Criteria Checklist*”. Estas

solicitudes serán evaluadas por un profesional de la salud cualificado y aprobado por MCS Classicare. Refiérase a las secciones 2.2 y 2.3 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura para detalles.

- Recetas escritas por el especialista que lo está atendiendo (los medicamentos bioequivalentes son obligatorios).
- Laboratorios patológicos y la mayoría de los servicios radiológicos convencionales (servicios sin contraste).
- Visitas y servicios provistos en oficina de ginecólogo/obstetra y urólogo.

## 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**



# Lista de Cotejo Pre-Afiliación

Antes de tomar una decisión sobre afiliación, es importante que comprenda a cabalidad nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del centro de llamadas al 787-620-2530 (área metropolitana) o al 1-866-627-8183 (línea sin cargos). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre).

## Comprensión de los Beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios para los que usted habitualmente visita a un médico. Visite [www.mcsclearicare.com](http://www.mcsclearicare.com) o llame al 787-620-2530 (área metropolitana) o al 1-866-627-8183 (línea sin cargos) para ver una copia del EOC.
- Revise el Directorio de Proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que usted visita actualmente estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el Directorio de Farmacia para asegurarse de que la farmacia que utiliza para sus medicamentos recetados se encuentre en la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para sus recetas.

## Comprensión de Reglas Importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se descuenta cada mes de su cheque de Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios brindados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de Proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales con elegibilidad dual (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para afiliarse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

MCS Clearicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc.