

RESUMEN DE BENEFICIOS

- MCS Classicare Efectivo (HMO)
- MCS Classicare Exacto (HMO)
- MCS Classicare Essential (HMO-POS)
- MCS Classicare En Tu Hogar (HMO)
- MCS Classicare Patriot (HMO)
- MCS Classicare Hero (HMO)
- MCS Classicare InteliCare (HMO)



MCS Classicare
(HMO)

2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS
PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción a la prima mensual de la parte B
Deducible
Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.
CUBIERTA DE HOSPITAL
Cubierta hospitalaria ^{1,7}
Servicios de hospital ambulatorio ^{1,7}
Servicios de centro de cirugía ambulatoria (ASC) ^{1,7}
VISITAS A MÉDICOS
Proveedores de cuidado primario



MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
\$65 mensuales	\$0	\$0	\$50 mensuales
Usted no paga nada Este plan no tiene deducible.	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible.	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible.	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible.
\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente
Red Especial (RE): \$0 copago por estadía cubierta por Medicare Red General (RG): \$50 copago por estadía cubierta por Medicare	Red Especial (RE): \$0 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Red General (RG): \$50 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Red Especial (RE): \$0 copago por estadía cubierta por Medicare Red General (RG): \$50 copago por estadía cubierta por Medicare	Red Especial (RE): \$0 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare Red General (RG): \$50 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles.

7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare IntelliCare (HMO).

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
Especialistas ⁷
Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes) Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.
Cuidado de emergencia Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago por el cuidado de emergencia. Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.
Servicios de urgencia Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS / IMÁGENES
Pruebas y procedimientos diagnósticos ^{1,7}
Servicios de laboratorio ¹



MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos	Dentro de la red: 0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos	0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos
Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total	Dentro de la red: Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total	Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles.

7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO).

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS
Radiología diagnóstica (MRI, CT Scan) ^{1,7}
Rayos X ^{1,7}
SERVICIOS DE AUDICIÓN
Examen de audición cubierto por Medicare
Examen de audición rutinario - Uno (1) por año
Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) por año
Audífonos ^{1,7}
SERVICIOS DENTALES
Servicios cubiertos por Medicare



MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos	Dentro de la red: 0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos	0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Dentro de la red: Usted no paga nada Hasta \$750 por oído anualmente Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles.

7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO).

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
Servicios dentales preventivos - Examen oral - Tratamiento de fluoruro - Profilaxis (limpieza) - Rayos X Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.
Servicios dentales comprensivos ¹ - Servicios restaurativos - Prostodoncia - Coronas
SERVICIOS DE VISIÓN
Examen de la vista cubierto por Medicare
Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año
Artículos de la vista
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
Visita hospitalaria ² Pueden aplicarse algunas excepciones de preautorización. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de salud mental hospitalario en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiátrica brindados en un hospital general.
Visita ambulatoria para terapia individual ² Visita ambulatoria para terapia grupal



1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
 7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO).

MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta \$2,500 anualmente	Dentro de la red: Usted no paga nada Hasta \$3,500 anualmente Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada Hasta \$2,500 anualmente	Usted no paga nada Hasta \$3,000 anualmente
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Dentro de la red: Usted no paga nada Hasta \$1,100 anualmente Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS	
BENEFICIOS ADICIONALES	
Centro de Enfermería Especializada ^{1,7} Nuestro plan cubre hasta 100 días. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.	
Terapia física ¹ También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de cobertura o contacte al plan para más detalles.	
Ambulancia Ambulancia aérea ¹ Ambulancia terrestre ¹	
Transportación Un viaje se considera un transporte médico de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan. Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.	
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE	
Medicamentos de radiación y quimioterapia¹	
Otros medicamentos de la Parte B¹	
Medicamentos de insulina	

MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta 26 viajes de ida o vuelta anualmente	Dentro de la red: Usted no paga nada. Hasta 34 viajes de ida o vuelta anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Hasta 68 viajes de ida o vuelta anualmente (28 viajes de ida a una localidad aprobada por el plan y 40 viajes de ida o vuelta a una facilidad de veteranos aprobada por el plan)	Usted no paga nada Hasta 50 viajes de ida o vuelta anualmente
0% - 5% del costo total	Dentro de la red: 0% - 8% del costo total Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 5% del costo total	0% - 5% del costo total
0% - 10% del costo total	Dentro de la red: 0% - 15% del costo total Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 10% del costo total	0% - 10% del costo total
0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago	Dentro de la red: 0% - 20% del costo total, máximo \$35 copago Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago	0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles.

7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare IntelliCare (HMO).

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
EQUIPO MÉDICO/SUPLIDOS
Equipo médico duradero (DME) ¹
Aparatos prostéticos ¹
Suplidos para la diabetes ¹
PROGRAMAS DE BIENESTAR
Beneficio de salud física (Club Te Paga)
Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)
BENEFICIOS PARA TU BIENESTAR
Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría) ⁷
Reflexología podal



1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles.
7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO).

MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
0% - 20% del costo total	Dentro de la red: 0% - 20% del costo total Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 20% del costo total	0% - 20% del costo total
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Ocho (8) visitas anualmente	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS

Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)

Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud para una enfermedad menor con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.

Si el médico determina que la 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 celular, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada. Refiérase a su Evidencia de cobertura para más detalles.

Servicios adicionales de acupuntura



BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS



Tarjeta Te Paga^{3,4}

Servicios de asistencia en el hogar^{3,5,6}

Incluye servicios de peluquería, corte de grama, plomería, cerrajería, electricidad, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza/desinfección preventiva del hogar.

Sólo aplican a reparaciones simples y servicios básicos, según la evaluación que realice el suplidor de servicios.

Transportación para necesidades no médicas³

Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.



OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos^{1,7}

Beneficio de paquete para hogares⁸

Beneficio mensual para la compra de pañales, toallas húmedas, bebidas nutricionales, cremas, ungüentos para sarpullido y cremas para úlceras por presión.

Beneficio para el cuidado de los pies en el hogar⁶

Una (1) visita por trimestre para la atención especializada de los pies provista por un proveedor aprobado por el plan.

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 3. Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para afiliados con enfermedades crónicas. Afiliados deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad para beneficios. 4. La tarjeta te paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo, ni para la compra de bebidas alcohólicas, ni tabaco, ni sus derivados. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes, para las siguientes cubiertas: MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS

MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada. Ocho (8) visitas adicionales anualmente	Dentro de la red: Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente
\$240 anualmente (\$20 mensualmente)	Dentro de la red: \$420 anualmente (\$35 mensualmente) Fuera de la red (POS): No está cubierto	\$2,760 anualmente (\$230 mensualmente)	\$1,080 anualmente (\$90 mensualmente)
Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Dentro de la red: Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales) Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)
Usted no paga nada	Dentro de la red: Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Hasta \$800 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos	N/A	Hasta \$1,000 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos	Hasta \$1,000 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

Classicare Exacto (HMO) y MCS Classicare En Tu Hogar (HMO). 5. Para los servicios de peluquería (lavado, corte y secado), usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir estos servicios. Comuníquese con el proveedor de Asistencia en el Hogar para más detalles. 6. Los servicios están limitados por trimestre, y si no usa la cantidad completa durante un trimestre, el balance restante no se acumulará para usar durante el próximo trimestre. 7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO). 8. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes para el Beneficio de paquete para hogares.

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción a la prima mensual de la parte B
Deducible
Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.
CUBIERTA DE HOSPITAL
Cubierta hospitalaria ^{1,7}
Servicios de hospital ambulatorio ^{1,7}
Servicios de centro de cirugía ambulatoria (ASC) ^{1,7}
VISITAS A MÉDICOS
Proveedores de cuidado primario
Especialistas ⁷
Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes) Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.
Cuidado de emergencia Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago por el cuidado de emergencia. Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.
Servicios de urgencia Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles. 7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO).

MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
\$90 mensualmente	\$20 mensualmente	\$164.90 mensualmente
Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible
\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente
Red Especial (RE): \$0 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare	Red Especial (RE): \$0 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare	Red Especial (RE): \$100 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare
Red General (RG): \$50 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare	Red General (RG): \$50 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare	Red General (RG): \$200 copago por estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	\$11 de copago por visita
Usted no paga nada	Usted no paga nada	\$20 de copago por visita
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$75 de copago por visita
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS / IMÁGENES
Pruebas y procedimientos diagnósticos ^{1,2}
Servicios de laboratorio ^{1,2}
Radiología diagnóstica (MRI, CT Scan) ^{1,7}
Rayos X ^{1,7}
SERVICIOS DE AUDICIÓN
Examen de audición cubierto por Medicare
Examen de audición rutinario - Uno (1) por año
Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) por año
Audífonos ^{1,7}
SERVICIOS DENTALES
Servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales preventivos
- Examen oral - Tratamiento de fluoruro
- Profilaxis (limpieza) - Rayos X
Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.
Servicios dentales comprensivos ¹
- Servicios restaurativos - Prostodoncia
- Coronas
SERVICIOS DE VISIÓN
Examen de la vista cubierto por Medicare
Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare IntelliCare (HMO).

MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)
0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos	0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos	0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos
Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total	Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total	Red Especial (RE): 0% del costo total Red General (RG): 20% del costo total
0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos	0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos	0% del costo total para procedimientos simples 20% del costo total para procedimientos complejos
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Usted no paga nada Hasta \$1,000 por oído anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta \$2,500 anualmente	Usted no paga nada Hasta \$1,800 anualmente	Usted no paga nada Hasta \$3,400 anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS

Artículos de la vista

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Visita hospitalaria ²
 Pueden aplicarse algunas excepciones de preautorización.
 Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de salud mental hospitalario en un hospital psiquiátrico.
 El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiátrica brindados en un hospital general.

Visita ambulatoria para terapia individual ²
Visita ambulatoria para terapia grupal

BENEFICIOS ADICIONALES

Centro de Enfermería Especializada ^{1,7}
 Nuestro plan cubre hasta 100 días. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

Terapia física ¹
 También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de cobertura o contacte al plan para más detalles.

Ambulancia
Ambulancia aérea ¹
Ambulancia terrestre ¹

Transportación
 Un viaje se considera un transporte médico de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.
 Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.

MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de radiación y quimioterapia¹

Otros medicamentos de la Parte B¹

Medicamentos de insulina



1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
 7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO).

MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Usted no paga nada Hasta \$725 anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta 36 viajes de ida o vuelta anualmente	Usted no paga nada Hasta 16 viajes de ida o vuelta anualmente	Usted no paga nada Hasta 78 viajes de ida o vuelta anualmente (38 viajes de ida a una localidad aprobada por el plan y 40 viajes de ida o vuelta a una facilidad de veteranos aprobada por el plan).
0% - 5% del costo total	0% - 8% del costo total	0% - 5% del costo total
0% - 10% del costo total	0% - 15% del costo total	0% - 10% del costo total
0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago	0% - 15% del costo total, máximo \$35 copago	0% - 10% del costo total, máximo \$35 copago

RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS
Equipo médico duradero (DME) ¹
Aparatos prostéticos ¹
Suplidos para la diabetes ¹
PROGRAMAS DE BIENESTAR
Beneficio de salud física (Club Te Paga)
Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)
BENEFICIOS PARA TU BIENESTAR
Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría) ⁷
Reflexología podal
Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina) Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud para una enfermedad menor con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado. Si el médico determina que la condición no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario. Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono celular, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada. Refiérase a su Evidencia de cobertura para más detalles.
Servicios adicionales de acupuntura


MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
0% - 20% del costo total	0% - 20% del costo total	0% - 20% del costo total
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	\$20 copago por visita
Usted no paga nada Ocho (8) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Ocho (8) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare IntelliCare (HMO).

RESUMEN DE BENEFICIOS




BENEFICIOS	
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS	
	Tarjeta Te Paga ^{3,4}
Servicios de asistencia en el hogar ^{3,5,6}	
Incluye servicios de peluquería, corte de grama, plomería, cerrajería, electricidad, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza/desinfección preventiva del hogar. Sólo aplican a reparaciones simples y servicios básicos, según la evaluación que realice el proveedor de servicios.	
Transportación para necesidades no médicas ³	
Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.	
OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS	
Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos ^{1,7}	
Beneficio de paquete para hogares ⁸	
Beneficio mensual para la compra de pañales, toallas húmedas, bebidas nutricionales, cremas, ungüentos para sarpullido y cremas para úlceras por presión.	
Beneficio para el cuidado de los pies en el hogar ⁶	
Una (1) visita por trimestre para la atención especializada de los pies provista por un proveedor aprobado por el plan.	

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 3. Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para afiliados con enfermedades crónicas. Afiliados deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad para beneficios. 4. La tarjeta te paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo, ni para la compra de bebidas alcoholicas, ni tabaco, ni sus derivados. Cantidades no utilizadas no se transfieren al proximo mes, para las siguientes cubiertas: MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare InteliCare

MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)
\$240 anualmente (\$20 mensualmente)	\$420 anualmente (\$35 mensualmente)	\$240 anualmente (\$20 mensualmente)
Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Usted no paga nada Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Hasta \$1,100 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos	Hasta \$700 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos	N/A
N/A	\$1,800 anualmente (\$150 mensualmente)	N/A
N/A	Usted no paga nada	N/A

(HMO), MCS Classicare Exacto (HMO) y MCS Classicare En Tu Hogar (HMO). 5. Para los servicios de peluquería (lavado, corte y secado), usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir estos servicios. Comuníquese con el proveedor de Asistencia en el Hogar para más detalles. 6. Los servicios están limitados por trimestre, y si no usa la cantidad completa durante un trimestre, el balance restante no se acumulará para usar durante el próximo trimestre. 7. Algunos servicios pueden requerir referido solo para MCS Classicare InteliCare (HMO). 8. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes para el Beneficio de paquete para hogares.

MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTOS
DEDUCIBLE ANUAL	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.
 <p>Cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo total de sus medicamentos y usted paga su parte del costo total. 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 \$5,030.</p>	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selectos
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selectos
	COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
Nivel 5 - Medicamentos especializados	
Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selectos	
Período sin cubierta	Luego que el costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$5,030, usted pagará los mismos copagos mencionados anteriormente para los Niveles 1, 2 y 6 y no más de 25% coaseguro para medicamentos de marca. 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 \$8,000.
Cubierta en situaciones catastróficas	<p>Usted ingresa a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.

El costo compartido puede cambiar según el punto de servicio (pedido por correo, al por menor, cuidado a largo plazo), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar o si la receta es a corto plazo (suministro de 30 días) o largo plazo (suministro de 90 días). También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D y en farmacias fuera de la red. Por favor vea su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.

MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE PATRIOT (HMO)	MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$4 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$14 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
33% del costo total	33% del costo total	N/A	33% del costo total
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$12 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$42 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
No se ofrece	No se ofrece	N/A	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$8 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
\$28 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago
No se ofrece	No se ofrece	N/A	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	N/A	\$0 copago


Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Centro de Llamadas para más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: usted no pagará más de \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre el mismo.

Cómo obtener ayuda de Medicare: si usted eligió este plan porque estaba buscando cobertura de insulina a \$35 o menos al mes, es importante saber que puede tener otras opciones disponibles para 2024 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales para ayuda: comuníquese con nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana) o 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182. Horario es del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.)

MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTOS
DEDUCIBLE ANUAL	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.
 <p>Cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo total de sus medicamentos y usted paga su parte del costo total. 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 \$5,030.</p>	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selectos
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
	Nivel 4 - Marca no preferida
	Nivel 5 - Medicamentos especializados
	Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selectos
	COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)
	Nivel 1 - Genéricos preferidos
	Nivel 2 - Genéricos
	Nivel 3 - Marca preferida
Nivel 4 - Marca no preferida	
Nivel 5 - Medicamentos especializados	
Nivel 6 - Medicamentos de cuidado selectos	
PERÍODO SIN CUBIERTA	Luego que el costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$5,030, usted pagará los mismos copagos mencionados anteriormente para los Niveles 1, 2 y 6 y no más de 25% coaseguro para medicamentos de marca. 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 \$8,000.
CUBIERTA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS	Usted ingresa a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.

El costo compartido puede cambiar según el punto de servicio (pedido por correo, al por menor, cuidado a largo plazo), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar o si la receta es a corto plazo (suministro de 30 días) o largo plazo (suministro de 90 días). También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D y en farmacias fuera de la red. Por favor vea su *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles.

MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$5 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$10 copago
\$0 copago	\$5 copago	\$30 copago
\$0 copago	\$15 copago	25% del costo total
33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total
\$0 copago	\$0 copago	\$5 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$15 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$30 copago
\$0 copago	\$15 copago	\$90 copago
\$0 copago	\$45 copago	25% del costo total
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$15 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$10 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$20 copago
\$0 copago	\$10 copago	\$60 copago
\$0 copago	\$30 copago	25% del costo total
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$10 copago

Mensaje Importante sobre lo que paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Centro de Llamadas para más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: usted no pagará más de \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre el mismo.

Cómo obtener ayuda de Medicare: si usted eligió este plan porque estaba buscando cobertura de insulina a \$35 o menos al mes, es importante saber que puede tener otras opciones disponibles para 2024 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales para ayuda: comuníquese con nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana) o 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182. Horario es del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.)

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

I de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan HMO 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, favor de visitar nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com para ver su *Evidencia de cobertura 2024*.

Para afiliarse a un plan de MCS Classicare, debe tener la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Usted también es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando usted sea ciudadano de los Estados Unidos, se encuentre legalmente en Estados Unidos o era miembro de otro plan que fue cancelado.

Para MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Patriot (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO) y MCS Classicare Hero (HMO) 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 tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si visita proveedores que no están en la red del plan, puede que el plan no pague por esos servicios.

MCS Classicare Essential (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios puede usar proveedores que no están en nuestra red (Point of Service, POS). Beneficio cubierto a través de reembolso. 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. La cubierta 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.

¿Cómo obtener ayuda de Medicare?

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

Documentos del plan en otros formatos e idiomas

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

Números de teléfono y sitio web del plan

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

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

Si usted no es afiliado de este plan, llame 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 en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com

Directorios del plan

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

Cobertura de medicamentos

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

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

Ahora tienes **beneficios con to'**



Reducción a la prima mensual de la Parte B

MCS CLASSICARE HERO (HMO)	MCS CLASSICARE EXACTO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)
\$1,978.80 anual (\$164.90 mensual)	\$1,080 anual (\$90 mensual)	\$780 anual (\$65 mensual)
MCS CLASSICARE INTELICARE (HMO)	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	
\$600 anual (\$50 mensual)	\$240 anual (\$20 mensual)	

MCS Classicare Patriot (HMO)

\$ 2,760 al año^{3,4}
\$230 mensuales

- ✓ **Beneficio mensual**
- ✓ Tus **OTC** págalos con Te Paga
- ✓ lo que no uses se **transfiere** al próximo mes



MCS Classicare Efectivo (HMO)
MCS Classicare Exacto (HMO)
MCS Classicare Hero (HMO)

\$ 240 al año
\$20 mensuales



MCS Classicare En Tu Hogar (HMO)

\$ 420 al año
\$35 mensuales

MCS Classicare InteliCare (HMO)

\$ 1,080 al año
\$90 mensuales

3. Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para afiliados con enfermedades crónicas. Afiliados deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad para beneficios. 4. La tarjeta te paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo, ni para

la compra de bebidas alcoholicas, ni tabaco, ni sus derivados. Cantidades no utilizadas no se transfieren al proximo mes, para las siguientes cubiertas: MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare Exacto (HMO) y MCS Classicare En Tu Hogar (HMO).

Ahora tienes beneficios con to'

MCS Classicare Hero (HMO)

Dental Comprensivo¹

\$ 3,400 al año

- ✓ Servicios restaurativos
- ✓ Coronas
- ✓ Prostodoncia



MCS Classicare Hero (HMO)

Audífonos

Hasta: **\$ 1,000** por oído al año



MCS Classicare Hero (HMO)

***78** viajes de ida o vuelta al año

*38 ida o vuelta a localizaciones aprobadas por el plan
40 ida o vuelta a facilidades de Veteranos.



BENEFICIARIO DE MEDICARE

En **MCS** Classicare^(HMO)
te queremos
con to'



Encuentra aquí
to'tus beneficios

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. 1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles.

Endoso pagado.

Salud Completa

MCS Classicare

(HMO)

H5577_4520823_M