

# RESUMEN DE BENEFICIOS

- MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)
- MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)
- MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)
- MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)
- MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)
- MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS)



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### PRIMAS, DEDUCIBLES 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)

Máximo de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos dentro de la red durante el año.

### CUBIERTA DE HOSPITAL

Cubierta hospitalaria <sup>1</sup>

Servicios de hospital ambulatorio <sup>1</sup>

Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>1</sup>

### VISITAS A MÉDICOS

Proveedores de cuidado primario

Especialistas

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.

**MCS Classicare  
GOBIERNO AHORRO**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA CRÉDITO RUBÍ**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA ENLACE ACERO**  
(HMO-POS)

Usted paga \$0

\$0 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

**Dentro de la red:**  
\$0 de copago por estadía  
intrahospitalaria cubierta por  
Medicare

**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
0% del costo total

Usted paga \$100

\$50 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

**Dentro de la red:**  
\$0 de copago por estadía  
intrahospitalaria cubierta por  
Medicare

**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
0% del costo total

Usted paga \$100

\$0 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

**Dentro de la red:**  
\$0 de copago por estadía  
intrahospitalaria cubierta por  
Medicare

**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
0% del costo total

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

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### 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 <sup>1</sup>

Servicios de laboratorio<sup>1</sup>

Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) <sup>1</sup>

Rayos X <sup>1</sup>

## SERVICIOS DE AUDICIÓN

Examen de audición cubierto por Medicare

Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente

Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente

### MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

### MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

### MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

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



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

Audífonos <sup>1</sup>

### SERVICIOS DENTALES

Servicios cubiertos por Medicare

- Servicios dentales preventivos
- Examen oral
  - Profilaxis (Limpieza)
  - Tratamiento de fluoruro
  - Rayos X

No aplica máximo de cubierta para los servicios preventivos.

- Servicios dentales comprensivos <sup>1</sup>
- Coronas
  - Prostodoncia
  - Servicios restaurativos

### SERVICIOS DE VISIÓN

Examen de la vista cubierto por Medicare

Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente

Artículos de la vista

### MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Hasta \$2,500 anualmente  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

### MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Hasta \$1,250 por oído anualmente  
Fuera de la red (POS):  
0% del costo total "

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Hasta \$3,500 anualmente  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Hasta \$800  
Fuera de la red (POS):  
0% del costo total

### MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Hasta \$4,500 anualmente  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

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



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

#### Intrahospitalaria <sup>2</sup>

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización siquiátrica brindados en un hospital general.

#### Visita ambulatoria para terapia individual <sup>2</sup>

#### Visita ambulatoria para terapia grupal

### BENEFICIOS ADICIONALES

#### Centro de enfermería especializada <sup>1</sup>

Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.

#### Terapia física <sup>1</sup>

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

#### Ambulancia

#### Ambulancia Aérea <sup>1</sup>

#### Ambulancia Terrestre

#### Transportación <sup>7</sup>

Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.

### MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

### MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

### MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada.  
**Hasta 18 viajes de ida o vuelta  
anualmente**  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada.  
**Hasta 18 viajes de ida o vuelta  
anualmente**  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada.  
**Hasta 32 viajes de ida o vuelta  
anualmente**  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions.  
7. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de quimioterapia y radiación <sup>1</sup>

Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>

Medicamentos de insulina

### EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS

Equipo médico duradero (DME) <sup>1</sup>

Aparatos protésicos <sup>1</sup>

Suplidos para la diabetes <sup>1</sup>

### PROGRAMAS DE BIENESTAR

Beneficio de salud física (Club Te Paga)

Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)

### MCS Classicare GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

### MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

### MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

Dentro de la red:  
5% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% - 10% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
10% del costo total,  
máximo \$35 copago  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% - 5% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
No está cubierto

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
No está cubierto

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% - 5% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
5% del costo total,  
máximo \$35 copago  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% - 5% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
No está cubierto

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
No está cubierto

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total,  
máximo \$35 copago  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
0% del costo total  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
20% del costo total

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
No está cubierto

Dentro de la red:  
Usted no paga nada  
Fuera de la red (POS):  
No está cubierto

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

# RESUMEN DE BENEFICIOS



## BENEFICIOS

### BENEFICIOS DE BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)

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 GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

### MCS Classicare ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

### MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS



Tarjeta Te Paga <sup>3,4</sup>

### Servicios de asistencia en el hogar <sup>3,6</sup>

Incluye servicios de peluquería<sup>5</sup>, corte de grama, plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza /desinfección preventiva del hogar.

### Transportación para necesidades no médicas <sup>3,7</sup>

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

### OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos <sup>1</sup>

| MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS)  | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS)   | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS)   |
|---|---|---|
| <p>Dentro de la red:<br/><b>\$600</b> anualmente<br/>(\$50 mensualmente)</p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p>   | <p>Dentro de la red:<br/><b>\$1,200</b> anualmente<br/>(\$100 mensualmente)</p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p>  | <p>Dentro de la red:<br/><b>\$1,920</b> anualmente<br/>(\$160 mensualmente)</p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p>  |
| <p>Dentro de la red:<br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Doce (12) visitas anualmente<br/>(máximo 3 trimestrales)</b></p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p> | <p>Dentro de la red:<br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Doce (12) visitas anualmente<br/>(máximo 3 trimestrales)</b></p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p> | <p>Dentro de la red:<br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Doce (12) visitas anualmente<br/>(máximo 3 trimestrales)</b></p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p> |
| <p>Dentro de la red:<br/>Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p>  | <p>Dentro de la red:<br/>Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p>  | <p>Dentro de la red:<br/>Usted no paga nada</p> <p>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p>  |
| <p>Hasta <b>\$800</b> anualmente para una<br/>aportación combinada de espejuelos<br/>y aparatos auditivos</p>   | <p>N/A</p>  | <p>Hasta <b>\$900</b> anualmente para una<br/>aportación combinada de espejuelos<br/>y aparatos auditivos</p>   |

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. 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. Solo aplican las reparaciones simples y servicios básicos según la evaluación que realice el proveedor de servicios. Los servicios están limitados a 12 visitas por año, 3 trimestrales. 7. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de proveedores contratados.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### PRIMAS, DEDUCIBLES 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)

Máximo de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos dentro de la red durante el año.

### CUBIERTA DE HOSPITAL

Cubierta hospitalaria <sup>1</sup>

Servicios de hospital ambulatorio <sup>1</sup>

Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>1</sup>

### VISITAS A MÉDICOS

Proveedores de cuidado primario

Especialistas

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.

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**

**MCS Classicare  
ELA SÓLIDO**  
(HMO-POS) <sup>8</sup>

**MCS Classicare  
ELA TE AYUDA**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA MÁXIMO**  
(HMO-POS)

Usted paga \$100

\$101 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

**Dentro de la red:**  
\$0 de copago por estadía  
intra-hospitalaria cubierta por  
Medicare

**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
0% del costo total

Usted paga \$100

\$164.90 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

**Dentro de la red:**  
\$50 de copago por estadía  
intra-hospitalaria cubierta por  
Medicare

**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
\$50 de copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
\$10 de copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
0% del costo total

Usted paga \$100

\$101 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

**Dentro de la red:**  
\$50 de copago por estadía  
intra-hospitalaria cubierta por  
Medicare

**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
\$50 de copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
\$10 de copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
0% del costo total

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

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### 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 <sup>1</sup>

Servicios de laboratorio<sup>1</sup>

Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) <sup>1</sup>

Rayos X <sup>1</sup>

## SERVICIOS DE AUDICIÓN

Examen de audición cubierto por Medicare

Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente

Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**

### MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) <sup>8</sup>

| MCS Classicare ELA TE AYUDA (HMO-POS)  | MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)   | MCS Classicare ELA SÓLIDO (HMO-POS) <sup>8</sup>  |
|--|---|---|
| \$25 de copago por visita  | \$75 de copago por visita   | \$75 de copago por visita   |
| Usted no paga nada   | \$10 de copago por visita   | \$10 de copago por visita   |
| <b>Dentro de la red:</b><br>0% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total |
| <b>Dentro de la red:</b><br>0% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total |
| <b>Dentro de la red:</b><br>0% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total |
| <b>Dentro de la red:</b><br>0% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>20% del costo total<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total |
| <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total  | <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total  |
| <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total  | <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total  |
| <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total | <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total  | <b>Dentro de la red:</b><br>Usted no paga nada<br><b>Fuera de la red (POS):</b><br>20% del costo total  |



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

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.



# RESUMEN DE BENEFICIOS

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**

**MCS Classicare  
ELA SÓLIDO**  
(HMO-POS)<sup>8</sup>

## BENEFICIOS

Audífonos <sup>1</sup>

### SERVICIOS DENTALES

Servicios cubiertos por Medicare

Servicios dentales preventivos

- Examen oral
- Profilaxis (Limpieza)
- Tratamiento de fluoruro
- Rayos X

No aplica máximo de cubierta para los servicios preventivos.

Servicios dentales comprensivos <sup>1</sup>

- Coronas
- Prostodoncia
- Servicios restaurativos

### SERVICIOS DE VISIÓN

Examen de la vista cubierto por Medicare

Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente

Artículos de la vista

**MCS Classicare  
ELA TE AYUDA**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA MÁXIMO**  
(HMO-POS)

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Hasta \$3,000 anualmente**  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Hasta \$2,000 anualmente**  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Hasta \$2,000 anualmente**  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

Consulte "Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos"

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

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**

**MCS Classicare  
ELA SÓLIDO**  
(HMO-POS)<sup>8</sup>

## BENEFICIOS

### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

#### Intrahospitalaria <sup>2</sup>

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para visitas de terapia mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización siquiátrica brindados en un hospital general.

#### Visita ambulatoria para terapia individual <sup>2</sup>

#### Visita ambulatoria para terapia grupal

### BENEFICIOS ADICIONALES

#### Centro de enfermería especializada <sup>1</sup>

Nuestro plan cubre hasta 100 días. Contacte al plan para detalles.

#### Terapia física <sup>1</sup>

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

#### Ambulancia

#### Ambulancia Aérea <sup>1</sup>

#### Ambulancia Terrestre

#### Transportación <sup>7</sup>

Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.

**MCS Classicare  
ELA TE AYUDA**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA MÁXIMO**  
(HMO-POS)

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
\$50 de copago por visita  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
\$50 de copago por visita  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada.  
**Hasta 16 viajes de ida o vuelta  
anualmente**

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada.  
**Hasta 12 viajes de ida o vuelta  
anualmente**

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada.  
**Hasta 12 viajes de ida o vuelta  
anualmente**

**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 7. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados.

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**

**MCS Classicare  
ELA SÓLIDO**  
(HMO-POS)<sup>8</sup>

## BENEFICIOS

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

Medicamentos de quimioterapia y radiación <sup>1</sup>

Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>

Medicamentos de insulina

### EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS

Equipo médico duradero (DME) <sup>1</sup>

Aparatos protésicos <sup>1</sup>

Suplidos para la diabetes <sup>1</sup>

### PROGRAMAS DE BIENESTAR

Beneficio de salud física (Club Te Paga)

Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)

**MCS Classicare  
ELA TE AYUDA**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA MÁXIMO**  
(HMO-POS)

**Dentro de la red:**  
0% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% del costo total,  
máximo \$35 copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
5% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% - 10% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
10% del costo total,  
máximo \$35 copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
5% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% - 10% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
10% del costo total,  
máximo \$35 copago  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
0% del costo total  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

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

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.



# RESUMEN DE BENEFICIOS

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**

**MCS Classicare  
ELA SÓLIDO**  
(HMO-POS)<sup>8</sup>

## BENEFICIOS

### BENEFICIOS DE BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)

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  
ELA TE AYUDA**  
(HMO-POS)

**MCS Classicare  
ELA MÁXIMO**  
(HMO-POS)

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
\$10 de copago por visita  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
\$10 de copago por visita  
**Fuera de la red (POS):**  
20% del costo total

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

**Dentro de la red:**  
Usted no paga nada  
  
Seis (6) visitas anualmente  
  
**Fuera de la red (POS):**  
No está cubierto

8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS



Tarjeta Te Paga <sup>3,4</sup>

#### Servicios de asistencia en el hogar <sup>3,6</sup>

Incluye servicios de peluquería<sup>5</sup>, corte de grama, plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza /desinfección preventiva del hogar.

#### Transportación para necesidades no médicas <sup>3,7</sup>

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

### OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos <sup>1</sup>

Acceso a la red de proveedores en toda la isla

**¡NUEVO!**


**MCS Classicare ELA SÓLIDO**  
(HMO-POS) <sup>8</sup>

| MCS Classicare ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)  | MCS Classicare ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)  | MCS Classicare ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) <sup>8</sup>   |
|---|---|---|
| <p><b>Dentro de la red:</b><br/>\$780 anualmente<br/>(\$65 mensualmente) <sup>9</sup></p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p>                                     | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>\$360 anualmente<br/>(\$30 mensualmente)</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>\$1,200 anualmente<br/>(\$100 mensualmente)</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p>   |
| <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Doce (12) visitas anualmente</b><br/>(máximo 3 trimestrales)</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Doce (12) visitas anualmente</b><br/>(máximo 3 trimestrales)</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Doce (12) visitas anualmente</b><br/>(máximo 3 trimestrales)</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p> |
| <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Usted no paga nada</p> <p><b>Fuera de la red (POS):</b><br/>No está cubierto</p>  |
| <p>Hasta \$700 anualmente para una aportación combinada de espejos y aparatos auditivos</p>   | <p>Hasta \$800 anualmente para una aportación combinada de espejos y aparatos auditivos</p>   | <p>Hasta \$600 anualmente para una aportación combinada de espejos y aparatos auditivos</p>   |

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. 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. Solo aplican las reparaciones simples y servicios básicos según

la evaluación que realice el suplidor de servicios. Los servicios están limitados a 12 visitas por año, 3 trimestrales. 7. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados. 8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan. 9. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre.

# 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><b>COBERTURA INICIAL</b></p> <p>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> | <b>COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)</b>   |
|   | Nivel 1 - Genéricos preferidos  |
|   | Nivel 2 - Genéricos   |
|   | Nivel 3 - Marca preferida   |
|   | Nivel 4 - Marca no preferida  |
|   | Nivel 5 - Medicamentos especializados   |
|   | Nivel 6 - Medicamentos de Cuidados Selectos   |
|   | <b>COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)</b>   |
|   | Nivel 1 - Genéricos preferidos  |
|   | Nivel 2 - Genéricos   |
|   | Nivel 3 - Marca preferida   |
|   | Nivel 4 - Marca no preferida  |
|   | Nivel 5 - Medicamentos especializados   |
|   | Nivel 6 - Medicamentos de Cuidados Selectos   |
|   | <b>COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)</b>   |
|   | Nivel 1 - Genéricos preferidos  |
|   | Nivel 2 - Genéricos   |
|   | Nivel 3 - Marca preferida   |
| Nivel 4 - Marca no preferida  |   |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados   |   |
| Nivel 6 - Medicamentos de Cuidados Selectos   |   |
| <b>PERIODO SIN COBERTURA</b>  | 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   |
| <b>COBERTURA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS</b>   | 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"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.</li> </ul> |

El costo compartido puede cambiar para farmacias de cuidado a largo plazo (LTC), farmacias de medicamentos de infusión en el hogar y farmacias fuera de la red. También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D. Por favor consulte su Evidencia de cobertura para más detalles.

| MCS Classicare<br>GOBIERNO AHORRO<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA ENLACE ACERO<br>(HMO-POS) |
|--|---|---|
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$4 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$5 copago                                     | \$8 copago                                      | \$0 copago                                      |
| 25% del costo total                            | 25% del costo total                             | 25% del costo total                             |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$12 copago                                     | \$0 copago                                      |
| \$15 copago                                    | \$24 copago                                     | \$0 copago                                      |
| No se ofrece                                   | No se ofrece                                    | No se ofrece                                    |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$0 copago                                     | \$8 copago                                      | \$0 copago                                      |
| \$10 copago                                    | \$16 copago                                     | \$0 copago                                      |
| No se ofrece                                   | No se ofrece                                    | No se ofrece                                    |
| \$0 copago                                     | \$0 copago                                      | \$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 (1-800-6334227), 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 viernes 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><b>COBERTURA INICIAL</b></p> <p>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> | <b>COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)</b>   |
|   | Nivel 1 - Genéricos preferidos  |
|   | Nivel 2 - Genéricos   |
|   | Nivel 3 - Marca preferida   |
|   | Nivel 4 - Marca no preferida  |
|   | Nivel 5 - Medicamentos especializados   |
|   | Nivel 6 - Medicamentos de Cuidados Selectos   |
|   | <b>COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)</b>   |
|   | Nivel 1 - Genéricos preferidos  |
|   | Nivel 2 - Genéricos   |
|   | Nivel 3 - Marca preferida   |
|   | Nivel 4 - Marca no preferida  |
|   | Nivel 5 - Medicamentos especializados   |
|   | Nivel 6 - Medicamentos de Cuidados Selectos   |
|   | <b>COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)</b>   |
|   | Nivel 1 - Genéricos preferidos  |
|   | Nivel 2 - Genéricos   |
|   | Nivel 3 - Marca preferida   |
| Nivel 4 - Marca no preferida  |   |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados   |   |
| Nivel 6 - Medicamentos de Cuidados Selectos   |   |
| <b>PERIODO SIN COBERTURA</b>  | 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   |
| <b>COBERTURA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS</b>   | 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"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.</li> </ul> |

El costo compartido puede cambiar para farmacias de cuidado a largo plazo (LTC), farmacias de medicamentos de infusión en el hogar y farmacias fuera de la red. También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D. Por favor consulte su Evidencia de cobertura para más detalles.

|  | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS) | Acceso a la red de proveedores<br>en toda la isla<br><b>¡NUEVO!</b><br>MCS Classicare<br>ELA SÓLIDO<br>(HMO-POS) 8 |
|--|---|---|--|
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$2 copago                                  | \$5 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$4 copago                                  | \$10 copago                               | \$0 copago   |
|  | 25% del costo total                         | 33% del costo total                       | 33% del costo total  |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$6 copago                                  | \$15 copago                               | \$0 copago   |
|  | \$12 copago                                 | \$30 copago                               | \$0 copago   |
|  | No se ofrece                                | No se ofrece                              | No se ofrece   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$0 copago   |
|  | \$4 copago                                  | \$10 copago                               | \$0 copago   |
|  | \$8 copago                                  | \$20 copago                               | \$0 copago   |
|  | No se ofrece                                | No se ofrece                              | No se ofrece   |
|  | \$0 copago                                  | \$0 copago                                | \$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 (1-800-6334227), 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 viernes 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, visite nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com) para ver su *Evidencia de cobertura 2024*.

Para afiliarse a 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 o se encuentre legalmente en Estados Unidos o cuando era miembro de otro plan que terminó.

Para **MCS Classicare Gobierno Ahorro (HMO-POS)**, **MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS)**, **MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS)**, **MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)** y **MCS Classicare ELA Máximo (HMO-POS)**, 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, Orocovi, 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.

Para **MCS Classicare ELA Sólido (HMO-POS)**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Barceloneta, Cabo Rojo, Camuy, Ciales, Corozal, Florida, Guánica, Guayanilla, Hatillo, Hormigueros, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Lajas, Lares, Las Marías, Manatí, Maricao, Mayagüez, Moca, Morovis, Orocovi, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Sabana Grande, San Germán, San Sebastián, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Villalba y Yauco.

**MCS Classicare** 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.

**MCS Classicare (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). 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. La cubierta para servicios recibidos fuera de la red 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. Llame a nuestro número del Centro de Llamadas o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.

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

## ¿Cómo obtener ayuda de Medicare?

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

## Documentos del plan en otros formatos e idiomas

Este documento está disponible en otros formatos tales como letra agrandada, braille y audio CD. Este documento también está disponible de forma gratuita en inglés. 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 en nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com)

## Directorios del plan

Puede ver el **directorío de proveedores y farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://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](http://www.mcsclassicare.com)

# Disfruta de la tarjeta MCS CLASSICARE TE PAGA<sup>3,4</sup>



- ✓ **Beneficio mensual**
- ✓ Tus **OTC** págalos con Te Paga

| MCS Classicare<br>ELA ENLACE<br>ACERO<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO<br>RUBÍ<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS)            | MCS Classicare<br>GOBIERNO<br>AHORRO<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS) |
|--|--|--|---|---|
| <b>\$1,920</b><br>anuales<br>\$160 mensuales       | <b>\$1,200</b><br>anuales<br>\$100 mensuales       | <b>\$780</b><br>anuales<br>\$65 mensuales <sup>9</sup> | <b>\$600</b><br>anuales<br>\$50 mensuales         | <b>\$360</b><br>anuales<br>\$30 mensuales |

PRODUCTO REGIONAL

**¡NUEVO!** MCS Classicare  
ELA SÓLIDO<sup>8</sup>  
(HMO-POS)

**\$1,200** anuales  
\$100 mensuales

## Reducción a la prima mensual de la parte B

| MCS Classicare<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO-POS)       | MCS Classicare<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO-POS) | MCS Classicare<br>ELA CRÉDITO<br>RUBÍ<br>(HMO-POS) |
|---|---|--|
| <b>\$1,978.80</b> anuales<br>\$164.90 mensuales | <b>\$1,212</b> anuales<br>\$101 mensuales   | <b>\$600</b> anuales<br>\$101 mensuales            |

PRODUCTO REGIONAL

**¡NUEVO!** MCS Classicare  
ELA SÓLIDO<sup>8</sup>  
(HMO-POS)

**\$1,212** anuales  
\$101 mensuales

## Con MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS) tienes:



**Medicamentos  
genéricos y de marca  
\$0 copago**

**Dental comprensivo<sup>1</sup>**  
**\$4,500** cada año

Servicios restaurativos • Coronas • Prostodoncia



**Transportación<sup>7</sup>**  
**32 viajes**  
de ida o vuelta al año

**Espejuelos y audífonos**  
Beneficio combinado

**\$900** anual



1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles. 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. 7. Transportación a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados. 8. Acceso a la red de proveedores alrededor de todo Puerto Rico. El área de servicios para MCS Classicare ELA Solido es de 39 municipios. Para detalles ver la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan. 9. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes o trimestre.



# Salud Completa



*Al llamar a este número te estarás comunicando con  
un Representante de Ventas Autorizado*



**1.866.627.8183**

(libre de costo)



**1.866.627.8182**

TTY (audioimpedidos)



Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo.  
Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

H5577\_5510923\_M