

RESUMEN DE BENEFICIOS



AHORA EL PODER LO TIENES TÚ **2022**

MCS | Classicare_(HMO)

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

1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2022

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 para ver su *Evidencia de cubierta 2022*.

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

Para MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Activo (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare SuperRx (HMO), MCS Classicare MediCa\$h (HMO), MCS Classicare MediOnly (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.

Para MCS Classicare Firme (HMO) 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, Orocovis, 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 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 Option, 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. 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.

¿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 cubierta

Puede ver su Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en <https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/productos-y-servicios/cubiertas/evidencia-de-cubiertas.aspx>.

Directorios del plan

Puede ver el **directorio de proveedores** de nuestro plan en nuestro sitio web en <https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx>.

Puede ver el **directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestro sitio web <https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx>.

Cubierta de medicamentos

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

Puede ver el formulario de nuestro plan (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) en su totalidad y cualquiera de las restricciones, en nuestro sitio web <https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/cubierta-medicamentos/formulario-de-medicamentos.aspx>.

**AHORA
EL PODER
LO TIENES TÚ**



**La tarjeta Te Paga ahora más poderosa
y con más dinero que nunca**



\$1,980
anual (\$165 mensual)
MCS Classicare MediOnly (HMO)

TODO lo que cubre la tarjeta Te Paga:

- Todos los artículos de farmacia al detal
- Copagos y/o coaseguros
- Comida y provisiones
- Pago de luz, agua, teléfono e internet
- Gasolina
- Productos de limpieza
- Artículos del Hogar
- Ropa y zapatos
- Salones de belleza y barberías
- Entretenimiento (eventos, teatro, cine, etc.)
- Viajes y turismo
- Cable TV y satélite
- Pagos de automóvil
- Pagos de hipoteca y alquiler
- Pagos en agencias gubernamentales - Marbetes, sellos, comprobantes y multas
- Restaurantes informales y elegantes
- Restaurantes de comida rápida
- Panaderías, cafeterías y fondas
- Artículos electrónicos y electrodomésticos
- Regalos y libros para sus nietos
- Alimentos y artículos para mascotas
- Artículos para manualidades
- Artículos deportivos
- Cualquier otra compra

**Tus OTC
págalos
con Te Paga**



- ✓ **TODOS** los afiliados cualifican
- ✓ **Retiro de dinero en efectivo** y no te cuenta como ingreso
- ✓ Úsala para **TODO** lo que necesites
- ✓ **Aportación mensual** y el dinero que no uses se transfiere al próximo mes

- Con la tarjeta Te Paga puedes pagar **TODOS** tus artículos OTC en **TODAS** las farmacias
- Servicio de entrega al hogar



Endoso pagado. El Programa de Dinero en Efectivo o Reembolso representa los ahorros que el plan obtiene en comparación con Medicare Original/FFS. El balance estará disponible durante 6 meses después del final del año o de la fecha de desafiliación. De tener alguna pregunta o no desear este beneficio, puede llamar al 1.866.627.8183 (Libre de costo) o 1.866.627.8182 TTY (Audioimpedidos). Esto no afectará su elegibilidad al plan o cualquier otro beneficio.

BENEFICIOS 2022



Dental comprensivo **\$3,000** anual MCS Classicare Hero (HMO)

- **Implantes**
- **Puentes fijos**
- Dentaduras removibles
- *Root canal*
- Coronas
- Periodoncia
- \$0 copago en servicios preventivos sin límite

\$0 copago en:

- Visitas a médicos primarios y especialistas **sin referidos**
- Medicamentos genéricos y de marca preferida
- Medicamentos de disfunción eréctil
- Insulinas selectas

MCS Classicare Essential (HMO-POS)

Asistencia en el hogar **MEJORADO**



- **“Grooming” para tu mascota**
- **Asistencia tecnológica**

Otros Servicios

- Electricidad
- Plomería
- Cerrajería
- Desinfección/limpieza preventiva del hogar y control de plagas

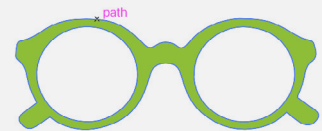
Cubierta Mundial

En caso de una emergencia, estás cubierto en territorio de Estados Unidos e Internacional



Audífonos*

Endoso pagado. Algunos servicios dentales estarán cubiertos cada 5 años. Medicamentos de disfunción eréctil: solo 7 pastillas mensuales. Para espejuelos y audífonos, el afiliado deberá pagar la diferencia si el costo es mayor de lo que el plan cubre. * No aplica a MCS Classicare MediCa\$h (HMO).



\$1,000 anual Espejuelos

MCS Classicare Essential (HMO-POS)



\$720 anual (\$60 mensual) Reducción de la prima de la parte B de Medicare

MCS Classicare Efectivo (HMO)



Transportación a citas médicas

MCS Classicare Essential (HMO-POS)

Endoso pagado. Transportación a citas no médicas y asistencia en el hogar, son beneficios suplementarios especiales y no todos los afiliados son elegibles. Solo aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el suplidor de servicios. Para asistencia en el hogar, si usted no utiliza la cantidad completa en el trimestre, el balance restante no se acumulará para usarlo durante el próximo trimestre. Puede ser elegible a transportación para gestiones no médicas a localizaciones aprobadas por el plan a través de suplidores contratados.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	
PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES	
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
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 hospitalaria¹	
Servicios de hospital ambulatorio¹	
Servicios de observación	
Centro de cirugía ambulatoria¹	
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.	
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.	

MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE ACTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)
Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
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 cubierta por Medicare Red General (RG): \$50 copago por estadía 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 cubierta por Medicare Red General (RG): \$50 copago por estadía cubierta por Medicare
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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



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

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE ACTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)
Servicios de urgencia Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cubierta mundial para emergencias y urgencias¹ La cubierta mundial se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente.	\$75 de copago por visita	\$75 de copago por visita	\$75 de copago por visita
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/ LABORATORIOS/IMÁGENES¹			
Pruebas y procedimientos diagnósticos	0% - 20% del costo Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 20% del costo	0% - 15% del costo
Servicios de laboratorio	Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo	Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo
Radiología diagnóstica (MRI, CT Scan)	0% simple - 20% compleja del costo Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% simple - 20% compleja del costo	0% simple - 15% compleja del costo
Rayos X	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
SERVICIOS DE AUDICIÓN			
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Examen de audición rutinario - Uno (1) por año	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) por año	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Audífonos	Cubierto Hasta \$1,500 cada año para ambos oídos combinado Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Cubierto Hasta \$1,000 cada año para ambos oídos combinado	Cubierto Hasta \$1,000 cada año para ambos oídos combinado
SERVICIOS DENTALES			
Servicios cubiertos por Medicare	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 autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS
Servicios dentales preventivos - Examen oral - Limpieza - Tratamiento de fluoruro - Rayos X Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.
Servicios dentales comprensivos¹ - Empastes - Coronas - Prostodoncia
SERVICIOS DE VISIÓN
Examen de la vista cubierto por Medicare
Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año
Espeuelos
SERVICIOS DE SALUD MENTAL^{1,2}
Visita hospitalaria 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 Visita ambulatoria para terapia grupal
BENEFICIOS ADICIONALES
EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS¹
Equipo médico duradero
Prótesis
Suplidos para la diabetes

MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE ACTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)
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 cada año Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada Hasta \$2,000 cada año	Usted no paga nada Hasta \$2,000 cada año
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cubierto Hasta \$1,000 cada año Fuera de la red (POS): 0% del costo total	Cubierto Hasta \$400 cada año	Cubierto Hasta \$800 cada año
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 20% del costo	0% - 20% del costo
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 autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Autorización previa a través de MCS Solutions.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE ACTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)
PROGRAMAS DE BIENESTAR			
Beneficio de salud física (Club Te Paga)	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
BENEFICIOS PARA TU BIENESTAR			
Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Reflexología podal	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año
<p>Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)</p> <p>Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud, para una enfermedad menor, con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.</p> <p>Si el médico determina que la condición por la cual el paciente accede a consulta 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.</p> <p>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 <i>Evidencia de Cubierta</i> para más detalles.</p>	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios adicionales de acupuntura	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS³			
<p>Transportación para necesidades no médicas</p> <p>Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.</p>	Usted no paga nada Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada	Usted no paga nada
<p>Servicios de asistencia en el hogar</p> <p>Incluye servicios de plomería básica, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, aseo de mascotas, asistencia tecnológica y limpieza / desinfección preventiva del hogar.</p> <p>Si en un trimestre usted no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.</p>	Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre) Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)	Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)



1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 3. Estos beneficios son beneficios suplementarios especiales y no todos los afiliados son elegibles.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

PROGRAMA DE DINERO EN EFECTIVO O REEMBOLSO⁴



Tarjeta Te Paga

La tarjeta Te Paga ahora más poderosa y con más dinero que nunca.

- TODOS los afiliados cualifican
- Retiro de dinero en efectivo
- No te cuenta como ingreso
- Aportación mensual y el dinero que no uses se transfiere al próximo mes
- Úsala para TODO lo que necesites
- Paga TODOS tus artículos OTC

OTROS BENEFICIOS

Reducción a la prima de la parte B

Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente.

Centro de cuidado de enfermería diestra¹

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.

Terapia física¹

También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la *Evidencia de Cubierta* o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.

Ambulancia (ambulancia aérea¹)

Transportación

Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual 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 MEDICARE¹

Medicamentos de quimioterapia

Otros medicamentos de la Parte B

MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)	MCS CLASSICARE ACTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)
\$300 anualmente (\$25 mensualmente) Fuera de la red (POS): No está cubierto	\$600 anualmente (\$50 mensualmente)	\$420 anualmente (\$35 mensualmente)
\$0	\$0	\$60
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 Fuera de la red (POS): 35% del costo total	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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 24 viajes de ida o vuelta al año Fuera de la red (POS): No está cubierto	Usted no paga nada Hasta 20 viajes de ida o vuelta al año	Usted no paga nada Hasta 22 viajes de ida o vuelta al año
0% - 8% del costo Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 8% del costo	0% - 5% del costo
0% - 15% del costo Fuera de la red (POS): 35% del costo total	0% - 15% del costo	0% - 10% del costo

1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 4. El Programa de Dinero en Efectivo o Reembolso representa los ahorros que el plan obtiene en comparación con Medicare Original/FFS. El balance estará disponible durante 6 meses después del final del año o de la fecha de desafiliación. De tener alguna pregunta o no desear este beneficio, puede llamar al 1.866.627.8183 (Libre de costo) o 1.866.627.8182 TTY (Audioimpedidos). Esto no afectará su elegibilidad al plan o cualquier otro beneficio.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES

Prima mensual del plan
Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

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 hospitalaria¹

Servicios de hospital ambulatorio¹

Servicios de observación

Centro de cirugía ambulatoria¹

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.

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.

Cubierta mundial para emergencias y urgencias¹

La cubierta mundial se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente.

MCS CLASSICARE SuperRx (HMO)

MCS CLASSICARE MEDICA\$H (HMO)

MCS CLASSICARE MediOnly (HMO)

Usted paga \$0

Usted paga \$0

Usted paga \$0

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

\$6,700 anualmente

\$3,400 anualmente

Red Especial (RE): \$0 copago por
estadía cubierta por Medicare.
Red General (RG): \$50 copago
por estadía cubierta por Medicare

Usted no paga nada

Red Especial (RE): \$0 copago por
estadía cubierta por Medicare.
Red General (RG): \$50 copago
por estadía 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

Usted no paga nada

Usted no paga nada

20% del costo

Usted no paga nada

Usted no paga nada

20% del costo

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

\$40 de copago por visita

\$80 de copago por visita

\$40 de copago por visita

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

\$75 de copago por visita

20% del costo por visita

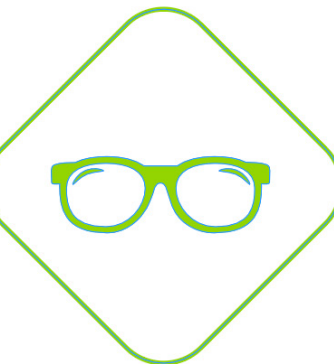
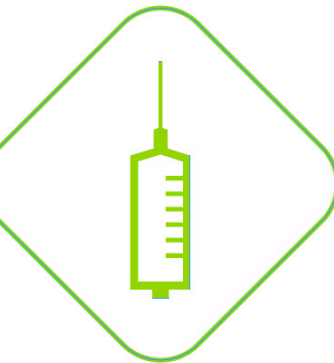
\$75 de copago por visita

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

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/ LABORATORIOS/IMÁGENES¹
Pruebas y procedimientos diagnósticos
Servicios de laboratorio
Radiología diagnóstica (MRI, CT Scan)
Rayos X
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
SERVICIOS DENTALES
Servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales preventivos - Examen oral - Limpieza - Tratamiento de fluoruro - Rayos X
Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.
Servicios dentales comprensivos ¹ - Empastes - Coronas - Prostodoncia
SERVICIOS DE VISIÓN
Examen de la vista cubierto por Medicare
Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año
Espejuelos
SERVICIOS DE SALUD MENTAL^{1,2}
Visita hospitalaria
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 Visita ambulatoria para terapia grupal

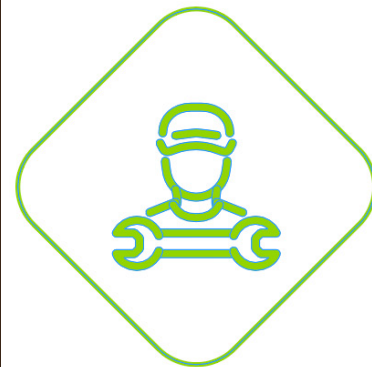
MCS CLASSICARE SuperRx (HMO)	MCS CLASSICARE MEDICA\$H (HMO)	MCS CLASSICARE MediOnly (HMO)
0% - 20% del costo	20% del costo	0% - 20% del costo
Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo	20% del costo	Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo
0% simple - 20% compleja del costo	20% del costo	0% simple - 20% compleja del costo
Usted no paga nada	20% del costo	Usted no paga nada
Usted no paga nada	20% del costo	Usted no paga nada
Usted no paga nada	No cubierto	Usted no paga nada
Usted no paga nada	No cubierto	Usted no paga nada
Cubierto Hasta \$3,000 cada año para ambos oídos combinado	No cubierto	Cubierto Hasta \$500 cada año para ambos oídos combinado
Usted no paga nada	20% del costo	Usted no paga nada
Usted no paga nada	No cubierto	Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta \$1,000 cada año	No cubierto	Usted no paga nada Hasta \$1,000 cada año
Usted no paga nada	20% del costo	Usted no paga nada
Usted no paga nada	No cubierto	Usted no paga nada
Cubierto Hasta \$150 cada año	20% del costo por servicios cubiertos por Medicare	Cubierto Hasta \$200 cada año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	20% del costo	Usted no paga nada



1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Autorización previa a través de MCS Solutions.

RESUMEN DE BENEFICIOS





BENEFICIOS	
BENEFICIOS ADICIONALES	
EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS¹	
Equipo médico duradero	
Prótesis	
Suplidos para la diabetes	
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)	
Reflexología podal	
Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)	
<p>Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud, para una enfermedad menor, con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.</p> <p>Si el médico determina que la condición por la cual el paciente accede a consulta 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.</p> <p>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 <i>Evidencia de Cubierta</i> para más detalles.</p>	
Servicios adicionales de acupuntura	
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS³	
Transportación para necesidades no médicas	
Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.	
Servicios de asistencia en el hogar	
<p>Incluye servicios de plomería básica, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, aseo de mascotas, asistencia tecnológica y limpieza / desinfección preventiva del hogar.</p> <p>Si en un trimestre usted no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.</p>	



MCS CLASSICARE SuperRx (HMO)	MCS CLASSICARE MEDICA\$H (HMO)	MCS CLASSICARE MediOnly (HMO)
Usted no paga nada	20% del costo	Usted no paga nada
0% - 20% del costo	0% - 20% del costo	0% - 20% del costo
Usted no paga nada	20% del costo	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% del costo	Usted no paga nada
Usted no paga nada Seis (6) visitas por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)	Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)	Usted no paga nada Doce (12) visitas por año (máximo 3 por trimestre)

1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 3. Estos beneficios son beneficios suplementarios especiales y no todos los afiliados son elegibles.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	MCS CLASSICARE SuperRx (HMO)	MCS CLASSICARE MEDICA\$H (HMO)	MCS CLASSICARE MediOnly (HMO)
PROGRAMA DE DINERO EN EFECTIVO O REEMBOLSO⁴			
  <p>Tarjeta Te Paga</p> <p>La tarjeta Te Paga ahora más poderosa y con más dinero que nunca.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TODOS los afiliados cualifican - Retiro de dinero en efectivo - No te cuenta como ingreso - Aportación mensual y el dinero que no uses se transfiere al próximo mes - Úsala para TODO lo que necesites - Paga TODOS tus artículos OTC 	<p>\$600 anualmente (\$50 mensualmente)</p>	<p>\$1,188 anualmente (\$99 mensualmente)</p>	<p>\$1,980 anualmente (\$165 mensualmente)</p>
OTROS BENEFICIOS			
 <p>Reducción a la prima de la parte B</p> <p>Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente.</p>	<p>\$0</p>	<p>\$55</p>	<p>\$0</p>
<p>Centro de cuidado de enfermería diestra¹</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Terapia física¹</p> <p>También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de Cubierta o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>20% del costo</p>	<p>Usted no paga nada</p>
 <p>Ambulancia (ambulancia aérea¹)</p> <p>Transportación</p> <p>Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p> <p>Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>20% del costo</p>	<p>Usted no paga nada</p>
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE¹			
<p>Medicamentos de quimioterapia</p>	<p>0% - 8% del costo</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>0% - 5% del costo</p>
<p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>0% - 15% del costo</p>	<p>0% - 20% del costo</p>	<p>0% - 10% del costo</p>

1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 4. El Programa de Dinero en Efectivo o Reembolso representa los ahorros que el plan obtiene en comparación con Medicare Original/FFS. El balance estará disponible durante 6 meses después del final del año o de la fecha de desafiliación. De tener alguna pregunta o no desear este beneficio, puede llamar al 1.866.627.8183 (Libre de costo) o 1.866.627.8182 TTY (Audioimpedidos). Esto no afectará su elegibilidad al plan o cualquier otro beneficio.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS

PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES

Prima mensual del plan
Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

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 hospitalaria¹

Servicios de hospital ambulatorio¹

Servicios de observación

Centro de cirugía ambulatoria¹

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.

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.

Cubierta mundial para emergencias y urgencias¹

La cubierta mundial se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente.

MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)

MCS CLASSICARE HERO (HMO)

MCS CLASSICARE FIRME (HMO)

Usted paga \$0

Usted paga \$0

Usted paga \$0

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 cubierta por Medicare.
Red General (RG): \$50 copago
por estadía cubierta por Medicare

Red Especial (RE): \$100 copago
por estadía cubierta por Medicare.
Red General (RG): \$200 copago
por estadía cubierta por
Medicare

Red Especial (RE): \$0 copago por
estadía cubierta por Medicare.
Red General (RG): \$50 copago
por estadía 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

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

Usted no paga nada

\$40 de copago por visita

\$75 de copago por visita

\$40 de copago por visita

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

\$75 de copago por visita

\$75 de copago por visita

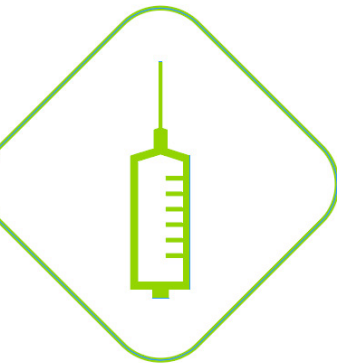
\$75 de copago por visita

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

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/ LABORATORIOS/IMÁGENES¹
Pruebas y procedimientos diagnósticos
Servicios de laboratorio
Radiología diagnóstica (MRI, CT Scan)
Rayos X
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
SERVICIOS DENTALES
Servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales preventivos - Examen oral - Limpieza - Tratamiento de fluoruro - Rayos X
Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.
Servicios dentales comprensivos ¹ - Empastes - Coronas - Prostodoncia
SERVICIOS DE VISIÓN
Examen de la vista cubierto por Medicare
Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año
Espejelos
SERVICIOS DE SALUD MENTAL^{1,2}
Visita hospitalaria
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 Visita ambulatoria para terapia grupal

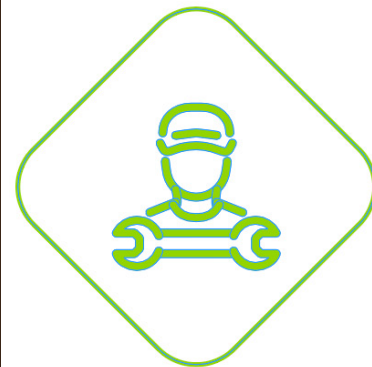
MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)	MCS CLASSICARE FIRME (HMO)
0% - 20% del costo	0% - 20% del costo	0% - 15% del costo
Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo	Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo	Red Especial (RE): 0% del costo Red General (RG): 20% del costo
0% simple - 20% compleja del costo	0% simple - 20% compleja del costo	0% simple - 15% compleja del costo
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
Cubierto Hasta \$1,000 cada año para ambos oídos combinado	Cubierto Hasta \$2,000 cada año para ambos oídos combinado	Cubierto Hasta \$1,500 cada año para ambos oídos combinado
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 \$1,500 cada año	Usted no paga nada Hasta \$3,000 cada año	Usted no paga nada Hasta \$2,500 cada año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cubierto Hasta \$400 cada año	Cubierto Hasta \$600 cada año	Cubierto Hasta \$800 cada año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada



1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Autorización previa a través de MCS Solutions.

RESUMEN DE BENEFICIOS





BENEFICIOS	
BENEFICIOS ADICIONALES	
EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS¹	
Equipo médico duradero	
Prótesis	
Suplidos para la diabetes	
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)	
Reflexología podal	
Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)	
<p>Los servicios de Tecnologías de acceso remoto (telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud, para una enfermedad menor, con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado.</p> <p>Si el médico determina que la condición por la cual el paciente accede a consulta 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.</p> <p>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 <i>Evidencia de Cubierta</i> para más detalles.</p>	
Servicios adicionales de acupuntura	
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS³	
Transportación para necesidades no médicas	
Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.	
Servicios de asistencia en el hogar	
Incluye servicios de plomería básica, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, aseo de mascotas, asistencia tecnológica y limpieza / desinfección preventiva del hogar.	
Si en un trimestre usted no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.	



MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)	MCS CLASSICARE FIRME (HMO)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
0% - 20% del costo	0% - 20% del costo	0% - 20% del costo
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	\$20 de copago por visita	Usted no paga nada
Usted no paga nada Seis (6) visitas por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas por año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales por año
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)	Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)	Usted no paga nada Ocho (8) visitas por año (máximo 2 por trimestre)

1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 3. Estos beneficios son beneficios suplementarios especiales y no todos los afiliados son elegibles.

RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)	MCS CLASSICARE FIRME (HMO)
PROGRAMA DE DINERO EN EFECTIVO O REEMBOLSO⁴			
  <p>Tarjeta Te Paga</p> <p>La tarjeta Te Paga ahora más poderosa y con más dinero que nunca.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TODOS los afiliados cualifican - Retiro de dinero en efectivo - No te cuenta como ingreso - Aportación mensual y el dinero que no uses se transfiere al próximo mes - Usala para TODO lo que necesites - Paga TODOS tus artículos OTC 	<p>\$1,380 anualmente (\$115 mensualmente)</p>	<p>\$600 anualmente (\$50 mensualmente)</p>	<p>\$1,260 anualmente (\$105 mensualmente)</p>
OTROS BENEFICIOS			
 <p>Reducción a la prima de la parte B</p> <p>Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente.</p>	<p>\$0</p>	<p>\$100</p>	<p>\$0</p>
<p>Centro de cuidado de enfermería diestra¹</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>
 <p>Terapia física¹</p> <p>También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de Cubierta o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Ambulancia (ambulancia aérea¹)</p> <p>Transportación</p> <p>Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p> <p>Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE¹			
<p>Medicamentos de quimioterapia</p>	<p>0% - 8% del costo</p>	<p>0% - 5% del costo</p>	<p>0% - 5% del costo</p>
<p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>0% - 15% del costo</p>	<p>0% - 10% del costo</p>	<p>0% - 10% del costo</p>

1. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 4. El Programa de Dinero en Efectivo o Reembolso representa los ahorros que el plan obtiene en comparación con Medicare Original/FFS. El balance estará disponible durante 6 meses después del final del año o de la fecha de desafiliación. De tener alguna pregunta o no desear este beneficio, puede llamar al 1.866.627.8183 (Libre de costo) o 1.866.627.8182 TTY (Audioimpedidos). Esto no afectará su elegibilidad al plan o cualquier otro beneficio.

RESUMEN DE BENEFICIOS

MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTOS	MCS CLASSICARE ESSENTIAL (HMO-POS)
DEDUCIBLE	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	\$0 copago
COBERTURA INICIAL Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,430.	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)	
	Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 copago
	Nivel 2 - Genéricos	\$0 copago
	Nivel 3 - Marca preferida	\$0 copago
	Nivel 4 - Marca no preferida	\$0 copago
	Nivel 5 - Medicamentos especializados	33% coaseguro
	Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes	\$0 copago
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
	Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 copago
	Nivel 2 - Genéricos	\$0 copago
	Nivel 3 - Marca preferida	\$0 copago
	Nivel 4 - Marca no preferida	\$0 copago
	Nivel 5 - Medicamentos especializados	Not offered
	Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes	\$0 copago
	COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
	Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 copago
	Nivel 2 - Genéricos	\$0 copago
	Nivel 3 - Marca preferida	\$0 copago
Nivel 4 - Marca no preferida	\$0 copago	
Nivel 5 - Medicamentos especializados	No se ofrece	
Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes	\$0 copago	
PERÍODO SIN CUBIERTA	Luego que el costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, 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 \$7,050.	
CUBIERTA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS	Luego que los costos que paga de su bolsillo por medicamentos (incluyendo medicamentos comprados a través de farmacias al por menor y a través de pedido por correo) lleguen a un total de \$7,050, usted paga el monto que sea mayor de: <ul style="list-style-type: none"> 5% coaseguro, o \$3.95 copago para un medicamento genérico (incluyendo un medicamento que se trata como genérico) y \$9.85 copago para todos los demás medicamentos. 	

MCS CLASSICARE ACTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE EFECTIVO (HMO)	MCS CLASSICARE SuperRx (HMO)
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$5 copago
\$6 copago	\$4 copago	\$15 copago
\$16 copago	\$14 copago	\$30 copago
33% coaseguro	33% coaseguro	33% coaseguro
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
\$0 copago	\$0 copago	\$15 copago
\$18 copago	\$12 copay	\$45 copago
\$48 copago	\$42 copay	\$90 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	\$10 copago
\$12 copago	\$8 copago	\$30 copago
\$32 copago	\$28 copago	\$60 copago
No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece
\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago



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 (30 suministro de días) o largo plazo (suministro de 90 días). Por favor vea su *Evidencia de cubierta* para obtener más detalles.

RESUMEN DE BENEFICIOS




ETAPA	NIVEL DE MEDICAMENTOS	MCS CLASSICARE EN TU HOGAR (HMO)	MCS CLASSICARE HERO (HMO)	MCS CLASSICARE FIRME (HMO)	MCS CLASSICARE MediOnly (HMO)	
DEDUCIBLE	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	N/A	
COBERTURA INICIAL Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,430.	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)					
	Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 copago	\$5 copago	\$0 copago	N/A	
	Nivel 2 - Genéricos	\$0 copago	\$10 copago	\$0 copago		
	Nivel 3 - Marca preferida	\$5 copago	\$30 copago	\$0 copago		
	Nivel 4 - Marca no preferida	\$15 copago	25% coaseguro	\$0 copago		
	Nivel 5 - Medicamentos especializados	33% coaseguro	33% coaseguro	33% coaseguro		
	Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes	\$0 copago	\$5 copago	\$0 copago		
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)					
	Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 copago	\$15 copago	\$0 copago	N/A	
	Nivel 2 - Genéricos	\$0 copago	\$30 copago	\$0 copago		
	Nivel 3 - Marca preferida	\$15 copago	\$90 copago	\$0 copago		
	Nivel 4 - Marca no preferida	\$45 copago	25% coaseguro	\$0 copago		
	Nivel 5 - Medicamentos especializados	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece		
	Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes	\$0 copago	\$15 copago	\$0 copago		
	COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)					
	Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 copago	\$10 copago	\$0 copago	N/A	
	Nivel 2 - Genéricos	\$0 copago	\$20 copago	\$0 copago		
	Nivel 3 - Marca preferida	\$10 copago	\$60 copago	\$0 copago		
Nivel 4 - Marca no preferida	\$30 copago	25% coaseguro	\$0 copago			
Nivel 5 - Medicamentos especializados	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece			
Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes	\$0 copago	\$10 copago	\$0 copago			
PERÍODO SIN CUBIERTA	Luego que el costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, 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 \$7,050.					
CUBIERTA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS	Luego que los costos que paga de su bolsillo por medicamentos (incluyendo medicamentos comprados a través de farmacias al por menor y a través de pedido por correo) lleguen a un total de \$7,050, usted paga el monto que sea mayor de: <ul style="list-style-type: none"> 5% coaseguro, o \$3.95 copago para un medicamento genérico (incluyendo un medicamento que se trata como genérico) y \$9.85 copago para todos los demás medicamentos. 					



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 (30 suministro de días) o largo plazo (suministro de 90 días). Por favor vea su *Evidencia de Cubierto* para obtener más detalles.

RESUMEN DE BENEFICIOS

MEDICAMENTOS RECETADOS

ETAPA	MCS CLASSICARE MEDICASH (HMO)	
DEDUCIBLE	Usted comienza en esta etapa de pago cuando su primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, usted paga el coste total de sus medicamentos. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$480 dólares por sus medicamentos.	
COBERTURA INICIAL Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,430.	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)	
	 Medicamentos cubiertos	25% coaseguro
	COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
	 Medicamentos cubiertos	25% coaseguro
	COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)	
	 Medicamentos cubiertos	25% coaseguro
PERÍODO SIN CUBIERTA	Luego que el costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, 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 \$7,050.	
CUBIERTA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS	Luego que los costos que paga de su bolsillo por medicamentos (incluyendo medicamentos comprados a través de farmacias al por menor y a través de pedido por correo) lleguen a un total de \$7,050, usted paga el monto que sea mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% coaseguro, o • \$3.95 copago para un medicamento genérico (incluyendo un medicamento que se trata como genérico) y \$9.85 copago para todos los demás medicamentos. 	

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 (30 suministro de días) o largo plazo (suministro de 90 días). Por favor vea su *Evidencia de Cubierta* para obtener más detalles.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO INTENCIONADAMENTE EN BLANCO

SERVICIOS DE INTÉRPRETE MULTILENGUAJE

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

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

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

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

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

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

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

Árabe:

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

Hindi: ध्यान दें: यदिआपहिंदीबोलतेहैं तोआपकेलिएमुफ्तमें भाषसहायसेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) परकॉल करें।

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

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

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

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

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

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

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

Salud Completa

MCS Classicare

(HMO)



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 y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.

H5577_012S0621_M