

# RESUMEN DE BENEFICIOS

- MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)
- MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)
- MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)
- MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP)
- MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)
- MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

Región 1

Región 2

Región 3



**MCS** Classicare  
(HMO)

Plan de Salud  
**medicare**  
**PLATINO**  
Administración de Seguros de Salud  
Gobierno de Puerto Rico

**2024**

# RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO MÁSCA\$H (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)
<b>PRIMAS Y BENEFICIOS</b>				
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Reducción a la prima mensual de la parte B	\$120 mensualmente	\$45 mensualmente	\$164.90 mensualmente	\$0 mensualmente
Deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible
Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente	\$3,400 anualmente
<b>CUBIERTA DE HOSPITAL</b>				
Cubierta hospitalaria <sup>1,2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de hospital ambulatorio <sup>1,2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>1,2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
<b>VISITAS A MÉDICOS</b>				
Proveedores de cuidado primario	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Especialistas <sup>2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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.	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Cuidado de emergencia 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	Usted no paga nada
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	Usted no paga nada
<b>SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS / IMÁGENES</b>				
Pruebas y procedimientos diagnósticos <sup>1,2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de laboratorio <sup>1</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) <sup>1,2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Rayos X <sup>1,2</sup>	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
<b>SERVICIOS DE AUDICIÓN</b>				
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Examen de audición rutinario - Uno (1) anualmente	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) anualmente	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Audífonos <sup>1,2</sup>	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Usted no paga nada Hasta \$1,500 por oído anualmente	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir un referido.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)
<b>SERVICIOS DENTALES</b>	
Servicios cubiertos por Medicare	Usted no paga nada
Servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid	
- Examen oral	
- Profilaxis (Limpieza)	
- Tratamiento de fluoruro	Usted no paga nada
- Rayos X	
Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.	
Servicios dentales comprensivos <sup>1</sup>	
- Coronas	Usted no paga nada
- Prostodoncia	Hasta \$3,500 anualmente
- Servicios restaurativos	
<b>SERVICIOS DE VISIÓN</b>	
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted no paga nada
Examen rutinario para la visión - Uno (1) anualmente	Usted no paga nada
Artículos de la vista	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	
Hospitalización <sup>3</sup>	
Refiérase a la sección de Resumen de Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino.	
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 siquiátrica brindados en un hospital general.	
Usted no paga nada	
Visita ambulatoria para terapia individual <sup>3</sup>	
Visita ambulatoria para terapia grupal	Usted no paga nada

MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO MÁSCA\$H (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Hasta \$4,500 anualmente	Hasta \$2,500 anualmente	Hasta \$1,200 anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"	Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"
Hasta \$1,000 anualmente		
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 3. Preautorización a través de MCS Solutions.

# RESUMEN DE BENEFICIOS


BENEFICIOS	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	
<b>Centro de enfermería especializada</b> <sup>1,2</sup> Nuestro plan cubre hasta 100 días. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.	Usted no paga nada
<b>Terapia física</b> <sup>1</sup> También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la <i>Evidencia de cobertura</i> o contacte al plan para detalles.	Usted no paga nada
<b>Ambulancia</b> <b>Ambulancia aérea</b> <sup>1</sup> <b>Ambulancia Terrestre</b> <sup>1</sup>	Usted no paga nada
<b>Transportación</b> Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.	Usted no paga nada Hasta <b>38</b> viajes de ida o vuelta anualmente
<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE</b> <sup>1</sup>	
Medicamentos de quimioterapia y radiación	Usted no paga nada
Otros medicamentos de la Parte B	Usted no paga nada
Medicamentos de insulina	Usted no paga nada
<b>EQUIPO MÉDICO/SUPLIDOS</b>	
Equipo médico duradero (DME) <sup>1</sup>	Usted no paga nada
Aparatos protésicos <sup>1</sup>	Usted no paga nada
Suplidos para la diabetes <sup>1</sup>	Usted no paga nada
<b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b>	
Beneficio de salud física (Club Te Paga)	Usted no paga nada
Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)	Usted no paga nada
<b>BENEFICIOS DE BIENESTAR</b>	
Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría) <sup>2</sup>	Usted no paga nada
Reflexología podal	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente
<b>Tecnologías de acceso remoto (telemedicina)</b> 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.	Usted no paga nada
<b>Servicios adicionales de acupuntura</b>	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente

MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO MÁSCA\$H (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta <b>44</b> viajes de ida o vuelta anualmente	Usted no paga nada Hasta <b>34</b> viajes de ida o vuelta anualmente	Usted no paga nada Hasta <b>30</b> viajes de ida o vuelta anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada	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 Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir un referido.

# RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)
<b>BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS</b>	
 <p>Tarjeta Te Paga <sup>4,5</sup></p>	\$1,116 anualmente (\$93 mensualmente)
<p><b>Servicios de asistencia en el hogar <sup>5,6,7</sup></b>                      Incluye servicios de peluquería, corte de grama, plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza /desinfección preventiva del hogar.                      (Solo aplican las reparaciones simples y servicios basicos según la evaluación que realice el suplidor de servicios.)</p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)</p>
<p><b>Transportación para necesidades no médicas <sup>5</sup></b>                      Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de su beneficio de transportación regular.</p>	Usted no paga nada
<p><b>Beneficio de teléfono celular</b>                      Un (1) celular (equipo) sin costo, preseleccionado por el plan; Plan ilimitado de voz, textos y datos de Internet en Puerto Rico y Estados Unidos; Del proveedor aprobado por el plan.</p>	N/A
<b>OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS</b>	
<p><b>Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos <sup>1,2</sup></b></p>	Hasta \$700 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos
<p><b>Beneficio para el cuidado de los pies en el hogar <sup>7</sup></b>                      Una (1) visita por trimestre para la atención especializada de los pies provista por un proveedor aprobado por el plan.</p>	Usted no paga nada

MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO MÁSCA\$H (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)
\$972 anualmente (\$81 mensualmente)	\$744 anualmente (\$62 mensualmente)	\$3,000 anualmente (\$250 mensualmente)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)	Doce (12) visitas anualmente (máximo 3 trimestrales)
Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
N/A	Usted no paga nada	N/A
N/A	Hasta \$650 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos	Hasta \$800 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos
N/A	N/A	N/A

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir un referido. 3. Preautorización a través de MCS Solutions. 4. La tarjeta te paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo, ni para la compra de bebidas alcohólicas, ni tabaco, ni sus derivados. Cantidades no utilizadas no se transfieren al proximo mes, para las siguientes cubiertas: MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP) y MCS Classicare Platino MásCa\$H (HMO D-SNP). 5. De tener preguntas, necesitar materiales de forma permanente en formatos y/o lenguajes alternos

o de necesitar servicios de interpretación oral puede llamarnos al 1.866.627.8183 (libre de costo) o 1.866.627.8182 (TTY, para personas con dificultad auditiva). 6. 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. 7. Los servicios están limitados por trimestre, y si no usa la cantidad completa durante un trimestre, el balance restante no se acumulará para usar durante el próximo trimestre.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### PRIMAS Y BENEFICIOS

#### Prima mensual del plan

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare

#### Reducción a la prima mensual de la parte B

#### Deducible

Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)

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

### CUBIERTA DE HOSPITAL

#### Cubierta hospitalaria <sup>1,2</sup>

#### Servicios de hospital ambulatorio <sup>1,2</sup>

#### Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>1,2</sup>

### VISITAS A MÉDICOS

#### Proveedores de cuidado primario

#### Especialistas<sup>2</sup>

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

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>1,2</sup>

#### Servicios de laboratorio<sup>1</sup>

#### Servicios de radiología diagnóstica (ej. MRI, CT Scan) <sup>1,2</sup>

#### Rayos X <sup>1,2</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

#### Audífonos <sup>1,2</sup>



## Acceso a la red de proveedores en toda la isla

¡NUEVO!

### MCS Classicare PLATINO MÁXIMO (HMO D-SNP)

¡NUEVO!

### MCS CLASSICARE PLATINO DEL SUR (HMO D-SNP)

Región 1

Región 2

Región 3

Usted paga \$0

\$100 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$3,400 anualmente

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"

Usted paga \$0

\$150 mensualmente

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$3,400 anualmente

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir un referido.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### SERVICIOS DENTALES

Servicios cubiertos por Medicare

Servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid

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

Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.

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

### SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Hospitalización <sup>3</sup>

Refiérase a la sección de Resumen de Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino.

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 siquiátrica brindados en un hospital general.

Visita ambulatoria para terapia individual <sup>3</sup>

Visita ambulatoria para terapia grupal

## Acceso a la red de proveedores en toda la isla

MCS Classicare PLATINO MÁXIMO (HMO D-SNP)			¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO DEL SUR (HMO D-SNP)
Región 1	Región 2	Región 3	
Usted no paga nada			Usted no paga nada
Usted no paga nada			Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta \$1,200 anualmente			Usted no paga nada Hasta \$1,000 anualmente
Usted no paga nada			Usted no paga nada
Usted no paga nada			Usted no paga nada
Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"			Consulte "Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos"
Usted no paga nada			Usted no paga nada
Usted no paga nada			Usted no paga nada

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 3. Preautorización a través de MCS Solutions.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### BENEFICIOS ADICIONALES

**Centro de enfermería especializada <sup>1,2</sup>**  
Nuestro plan cubre hasta 100 días. Comuníquese con el plan para conocer los 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 <sup>1</sup>**

**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.

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE <sup>1</sup>

Medicamentos de quimioterapia y radiación

Otros medicamentos de la Parte B

Medicamentos de insulina

### EQUIPO MÉDICO/SUPLIDOS

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)

### BENEFICIOS DE BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría) <sup>2</sup>

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

## Acceso a la red de proveedores en toda la isla

MCS Classicare PLATINO MÁXIMO (HMO D-SNP)			¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO DEL SUR (HMO D-SNP)
Región 1	Región 2	Región 3	
	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 18 viajes de ida o vuelta anualmente		Usted no paga nada Hasta 18 viajes de ida o vuelta anualmente
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente		Usted no paga nada Seis (6) visitas anualmente
	Usted no paga nada		Usted no paga nada
	Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente		Usted no paga nada Seis (6) visitas adicionales anualmente

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir un referido.



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## BENEFICIOS

### SUPPLEMENTAL BENEFITS



Tarjeta Te Paga <sup>4,5</sup>

#### Servicios de asistencia en el hogar <sup>5,6,7</sup>

Incluye servicios de peluquería, corte de grama, plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, asistencia tecnológica y limpieza /desinfección preventiva del hogar. (Solo aplican las reparaciones simples y servicios basicos según la evaluación que realice el suplidor de servicios.)

#### Transportación para necesidades no médicas <sup>5</sup>

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

#### Beneficio de teléfono celular

Un (1) celular (equipo) sin costo, preseleccionado por el plan; Plan ilimitado de voz, textos y datos de Internet en Puerto Rico y Estados Unidos; Del proveedor aprobado por el plan.

### OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

#### Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos <sup>1,2</sup>

#### Beneficio para el cuidado de los pies en el hogar <sup>7</sup>

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

### Acceso a la red de proveedores en toda la isla

MCS Classicare PLATINO MÁXIMO (HMO D-SNP)			¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO DEL SUR (HMO D-SNP)
Región 1	Región 2	Región 3	
\$2,520 anualmente (\$210 mensualmente)	\$2,160 anualmente (\$180 mensualmente)	\$1,920 anualmente (\$160 mensualmente)	\$1,800 anualmente (\$150 mensualmente)
Usted no paga nada Ocho (8) visitas anualmente (máximo 2 trimestrales)			Usted no paga nada Ocho (8) visitas anualmente (máximo 2 trimestrales)
Usted no paga nada			Usted no paga nada
N/A			N/A
Hasta \$750 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos			Hasta \$700 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos
N/A			Usted no paga nada

1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 2. Algunos servicios pueden requerir un referido. 3. Preautorización a través de MCS Solutions. 4. La tarjeta te paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo, ni para la compra de bebidas alcoholicas, ni tabaco, ni sus derivados. Cantidades no utilizadas no se transfieren al proximo mes, para las siguientes cubiertas: MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP) y MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP). 5. De tener preguntas, necesitar materiales de forma permanente en formatos y/o lenguajes alternos o de necesitar servicios de interpretación oral puede llamarnos al 1.866.627.8183 (libre de costo) o 1.866.627.8182 (TTY, para personas con dificultad auditiva). 6. 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. 7. Los servicios están limitados por trimestre, y si no usa la cantidad completa durante un trimestre, el balance restante no se acumulará para usar durante el próximo trimestre.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## MEDICAMENTOS RECETADOS

Para más información acerca de las etapas de beneficio, por favor llámenos o acceda su Evidencia de Cobertura en línea.

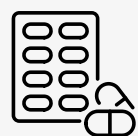
### ETAPA 1: ETAPA DE DEDUCIBLE ANUAL

Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.

### ETAPA 2: ETAPA DE CUBIERTA 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 \$5,030.

#### COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)



Medicamentos cubiertos

\$0 copago

#### COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)



Medicamentos cubiertos

\$0 copago

#### COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)



Medicamentos cubiertos

\$0 copago

### ETAPA 3: ETAPA DEL PERÍODO SIN COBERTURA

Permanecerá en esta etapa hasta que sus gastos del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$8,000. Medicamentos cubiertos: Usted paga un copago de \$0 por los medicamentos cubiertos.

### ETAPA 4: ETAPA DE COBERTURA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS

Una vez que está en la etapa de cubierta en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todo el costo de sus medicamentos.

**Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted 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 Usted Paga por Insulina** - Usted no pagará más de \$0 por un suplido de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa el nivel de costo compartido.

# Resumen de Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico

Los servicios que aparecen a continuación están disponibles solo para aquellos beneficiarios de los Planes de Necesidades Especiales que son elegibles para los servicios de salud del Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios de cuidado médico y hospitalario del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio listado a continuación, puede ver lo que el Plan de Salud del Gobierno (GHP, por sus siglas en inglés) cubre y lo que nuestro plan cubre.

## PRODUCTOS

MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

Region 1

Region 2

Region 3

MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP)

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Prima mensual	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 al mes
Servicios de hospitalización	<b>Admisiones</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  <b>Nursery</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	Admisiones \$0 copago  Nursery \$0 copago
	La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año). La cubierta incluye: Cuarto de aislamiento por razones médicas Diagnóstico/tratamiento especializado como electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales, y otras pruebas de diagnóstico y tratamiento especializados disponibles en las facilidades de un hospital y que se requieren que sean realizados mientras el paciente esté hospitalizado. Servicios de rehabilitación a corto plazo: para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.	

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios de hospitalización (continuación)	Sangre: Sangre, plasma y sus derivados sin límite, para incluir sangre autóloga irradiada; factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; factor anti-hemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; factor de tipo monoclonal anti- hemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo activado por protrombina (Auto Flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.	
Hospitalización para enfermedades de la salud mental	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año).	\$0 copago
Hospitalización para trastornos de abuso de sustancias	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año).	\$0 copago
Servicios ambulatorios para trastornos de abuso de sustancias	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24 horas) al día, cada día calendario del año).	\$0 copago
Servicios ambulatorios profesionales y de salud mental	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  Todos los servicios de emergencia e intervención en crisis para pacientes ambulatorios (OPD, outpatient department, en inglés) relacionados con la salud mental las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios de laboratorios y laboratorios de alta tecnología	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con obtener un certificado de salud no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.	\$0 copago
Planificación familiar	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0  Servicios de planificación familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.  Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proveen educación y consejería en salud reproductiva y planificación familiar.  Dichos servicios deben ser provistos de manera voluntaria y confidencial, incluso en circunstancias en que el afiliado es menor de dieciocho (18) años de edad.  Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación y consejería</li> <li>• Pruebas de embarazo</li> <li>• Evaluación de infertilidad</li> <li>• Servicios de esterilización de acuerdo con el 42 CFR, 441.200, Subparte F</li> <li>• Servicios de laboratorios</li> <li>• Costo de inserción/remoción de productos no orales, como los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA</li> <li>• Al menos uno de cada clase y categoría de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA</li> <li>• Y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, cuando sean médicamente necesarios y hayan sido aprobados mediante autorización previa o por medio de un proceso de excepción, y el proveedor de la prescripción pueda demostrar por lo menos una de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Una contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando y no hay otros métodos cubiertos/ disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado.</li> <li>o Historial de reacciones adversas del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.</li> <li>o Historial de reacciones adversas por el afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.</li> </ul> </li> </ul>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Cesación del uso del tabaco	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios de cesación del uso del tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para personas menores de 21 años y para mujeres embarazadas cuando sea médicamente necesario y recetado por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas con y sin receta, según lo indique un médico.	\$0 copago
Servicios de maternidad	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Abortos cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico. Causaría un daño severo y duradero a la madre si el embarazo se lleva a término, según lo certifique un médico.	\$0 copago
Médico y quirúrgico	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Los servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Esterilización voluntaria para hombres y mujeres mayores de edad y en sano juicio, previamente informados sobre las implicaciones del procedimiento médico y con evidencia escrita del consentimiento del paciente mediante el Formulario de Consentimiento para Esterilización.	\$0 copago
Servicios de visión	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2 Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Espeuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años, se cubrirán cuando sea médicamente necesario, el beneficio de espeuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espeuelos estándar cada 24 meses.	<b>\$0 copago</b>  Este beneficio está cubierto cada año con su cubierta de MCS Classicare Platino.  El proveedor y / o afiliado debe verificar la disponibilidad restante combinada del monto máximo de cobertura de beneficios del plan.

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios de visión (Continuación)	Todos los tipos de lentes deben ser preautorizados con excepción de los lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o reemplazo de espeuelos cada 24 meses, cuando sea médicamente necesario y aprobado por preautorización.	xx
Servicios dentales, preventivos y restaurativos	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0 Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal. Los siguientes son los beneficios incluidos en el PSG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de veintiún (21) años de edad</li> <li>• Terapia pulpal (pulpotomía) pediátrica para niños menores de veintiún (21) años de edad;</li> <li>• Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios luego de una pulpotomía pediátrica;</li> <li>• Servicios preventivos dentales para adultos;</li> <li>• Servicios restaurativos dentales para adultos;</li> <li>• Un (1) examen oral comprensivo por año;</li> <li>• Un (1) examen periódico cada seis meses;</li> <li>• Un (1) examen oral limitado a problema definido</li> <li>• Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo placa de mordida, cada tres (3) años;</li> <li>• Una (1) radiografía inicial periapical intraoral;</li> <li>• Hasta cinco (5) radiografías adicionales periapicales/ intraorales por año;</li> <li>• Una (1) radiografía de mordida de un lado por año;</li> <li>• Una (1) radiografía de mordida de cada lado por año;</li> <li>• Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años;</li> <li>• Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses;</li> <li>• Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses;</li> <li>• Una (1) aplicación de fluoruro tópico cada seis (6) meses para afiliados menores de diecinueve (19) años;</li> <li>• Sellantes de fisura de por vida para afiliados hasta catorce (14) años de edad, incluyendo los molares deciduos hasta ocho (8) años de edad cuando sea clínicamente necesario debido a tendencia a caries;</li> <li>• Restauración en amalgamas;</li> <li>• Restauración en resina;</li> <li>• Tratamiento de canal;</li> <li>• Tratamiento paliativo y</li> <li>• Cirugía oral</li> <li>• Servicios de sedación y anestesia para beneficiarios con discapacidades físicas o mentales, conforme a las leyes locales.</li> </ul>	\$0 copago \$0 copago \$0 copago
Preventivo (niño) Preventivo (adulto) Restaurativo		
Preventivo (niño) Preventivo (adulto) Restaurativo		
Preventivo (niño) Preventivo (adulto) Restaurativo		
Preventivo (niño) Preventivo (adulto) Restaurativo		

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios dentales, preventivos y restaurativos (Continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raspado periodontal y alisado radicular, hasta 4 cuadrantes por beneficiario.</li> <li>• Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior).</li> <li>• Visitas al hospital.</li> <li>• Todas las limitaciones se pueden exceder basado en la necesidad médica y se aprobadas mediante un proceso de autorización previa o exención.</li> </ul>	
Exámenes de audición	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los audífonos para los beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cobertura.</p>	\$0 copago
Servicios preventivos	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p><b>Servicios de vacunación no cubiertos por:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Parte B de Medicare;</li> <li>2. El formulario de medicamentos de la Parte D de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés);</li> <li>3. Los beneficios suplementarios del plan de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés)</li> <li>4. No cubierto por el Programa de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan Estatal de Medicaid de Puerto Rico.</li> </ol>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios preventivos (Continuación)	<p><b>Vacunas para niños de 0-20 años de edad (inclusive)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis A</li> <li>• Hepatitis B</li> <li>• Rotavirus (RV)</li> <li>• DTaP (Vacuna contra el Toxide Diftérico y la tos ferina acelular)</li> <li>• Hib (Vacuna conjugada Hib)</li> <li>• PCV 15, PCV13 y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas): Cambios en el calendario de vacunación de niños y adolescentes para 2023. CDC.</li> <li>• Polio (IPV)</li> <li>• <sup>2</sup>Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV)</li> <li>• MMR</li> <li>• Varicela (VAR)</li> <li>• Vacunas Antimeningocócicas - MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo). La nota de MenACWY se actualizó la nota para incluir lenguaje que indica que la fórmula de un vial (toda líquida) de Menveo® recientemente autorizada no debe administrarse antes de los 10 años de edad.) MenB (Meningococo serogrupo B MenB-4C [Bexserol] y MenB-FHbp [Trumenba]</li> <li>• Tdap</li> <li>• Virus del Papiloma Humano (VPH)</li> </ul> <p>Dengvaxia (Indicado para la prevención de la enfermedad del dengue causada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue. Está aprobada para su uso en personas de 9 a 16 años de edad con infección previa por dengue confirmada por laboratorio y que viven en áreas endémicas. La nota sobre el dengue se revisó para aclarar que la vacuna contra el dengue se recomienda para niños seropositivos que viven en áreas endémicas, no para niños que viajan o visitan áreas endémicas de dengue.</p> <p><b>COVID 19:</b> Se añaden nuevas abreviaturas para los productos de la vacuna del COVID-19. Estas abreviaturas contienen información sobre la valencia de la vacuna (es decir, monovalente versus bivalente, indicada por “1v” y “2v”, respectivamente) y la plataforma de la vacuna (mRNA (por sus siglas en inglés) versus subunidad de proteína acelular o “aPS” (por sus siglas en inglés)).</p>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios preventivos (continuación)	<p><b>Vacunas para adultos desde 21 años de edad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoides de tétano, vacuna reducida contra el toxoide diftérico y la tos ferina acelular (Tdap)</li> <li>• Toxoides de tétano y difteria (Td)</li> <li>• Vacunas meningocócicas conjugadas A, C, W, Y o MenACWY (MenACWY-D, MenACWY-CRM, MenACWY-TT)</li> <li>• Vacuna contra la meningocócica serogrupo B (MenB-4C, MenB-FHbp)</li> <li>• Vacuna contra el sarampión las paperas y la rubéola (MMR)</li> <li>• Vacuna contra la Varicela (VAR)</li> <li>• Vacuna Zoster Recombinante, Adyuvante (RZV)</li> <li>• Vacuna 9-valente recombinante contra el virus del papiloma humano (VPH)</li> <li>• Vacuna antineumocócica conjugada 15-valente (PCV15)</li> <li>• Vacuna antineumocócica conjugada 20-valente (PCV20)</li> <li>• Vacuna antineumocócica polivalente (PCV 23)</li> <li>• Vacuna inactivada contra la hepatitis A (HepA)</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B (recombinante) (HepB)</li> <li>• Vacuna inactivada contra la hepatitis A y la hepatitis B (recombinante) (HepA-HepB)</li> <li>• Vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</li> <li>• Vacuna contra la influenza: Vacuna contra la influenza (inactivada) IIV4 o Vacuna contra la influenza (recombinante) RIV4 (Vacuna contra la influenza (viva, atenuada) LAIV4)</li> </ul> <p><b>Vacuna de COVID 19</b> - no se incluye en el Wrap de la Oficina de Medicaid, pero es proporcionada por el Departamento de Salud (DS). MAO debe seguir las instrucciones proporcionadas por CMS.</p>	
Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla	<p>• Terapia física</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Terapia ocupacional</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Terapia respiratoria</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Terapia del habla</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Cubierta sin límites bajo Medicare parte B (seguro médico). No aplica con el Wrap-Around.</p>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Servicios en sala de emergencia	<p>• Visita a la sala de emergencia</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Servicios que no son de emergencia proporcionados en la sala de emergencia de un hospital (por visita)</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p>	\$0 copago
	<p>• Servicios que no son de emergencia proporcionados en una sala de emergencia independiente (por visita)</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$2 Código de cubierta 120: \$3 Código de cubierta 130: \$4</p>	\$0 copago
	<p>• Trauma</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
Visitas ambulatorias	<p>• Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Especialista</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Subespecialista</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Servicios prenatales</p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Cubierta especial	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <p>La cubierta especial incluye servicios relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•VIH / SIDA</li> <li>•Tuberculosis</li> <li>•Lepra</li> <li>•Lupus Sistémico Eritematoso (SLE, por sus siglas en inglés)</li> <li>•Fibrosis Quística</li> <li>•Cáncer</li> <li>•Hemofilia</li> <li>•ESRD - Niveles 3, 4 y 5</li> <li>•Esclerosis Múltiple</li> <li>•Escleroderma</li> <li>•Hipertensión pulmonar</li> <li>•Anemia aplásica</li> <li>•Artritis reumatoidea</li> <li>•Autismo</li> <li>•Cáncer de la piel</li> <li>•Cáncer de la piel: carcinoma IN SITU</li> <li>•Cáncer de la piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis</li> <li>•Adultos con Fenilcetonuria</li> <li>•Hepatitis C Crónica</li> <li>•Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés) Clase III y IV, New York Heart Association (NYHA por sus siglas en inglés) en un candidato potencial para trasplante de corazón</li> <li>•Discinecia ciliar primaria (PCD, por sus siglas en inglés)</li> <li>•Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD, por sus siglas en inglés): enfermedad de Crohn; Colitis ulcerosa y colitis microscópica</li> </ul>	<p>\$0 copago</p> <p><b>Reclusión en el hogar también está establecido por MCS Classicare bajo el Registro de Condiciones Especiales. Comuníquese con el plan para detalles.</b></p>
	<p>• Laboratorios de alta tecnología** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
Otros servicios	<p>• Laboratorios clínicos** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Rayos X** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
Otros servicios (continuación)	<p>• Pruebas diagnósticas especiales** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>**Aplica solo a las pruebas de diagnóstico. Los copagos no aplican a la prueba requerida como parte de un servicio preventivo.</p>	\$0 copago
	<p>• Cuidado para el niño saludable Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	\$0 copago
	<p>• Examen físico Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p>	\$0 copago
	<p>• Cirugía ambulatoria Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p>	\$0 copago
Medicamentos recetados	<p>Medicamentos recetados</p> <p>Preferidos (Niños 0-20 años de edad) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	<p>Medicamentos recetados</p> <p>\$0 para todos los medicamentos cubiertos</p>
	<p>Preferidos (Adulto) **** Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$2 Código de cubierta 130: \$3</p> <p>No Preferidos (Niños 0-20 años de edad) Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	<p>\$0 para medicamentos contra el abuso de sustancias en entorno ambulatorio</p>

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
<b>Medicamentos recetados (continuación)</b>	<p>Medicamentos recetados</p> <p>No Preferidos (Adulto) ****  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$3  Código de cubierta 120: \$4  Código de cubierta 130: \$6</p> <p>Abuso de sustancias en entorno ambulatorio  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>*** Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la hoja de receta.  **** Los copagos para niños de 0 a 20 años no son aplicables a Medicaid, a los indigentes por razones médicas del Commonwealth y a los niños de 0 a 20 años inscritos en el programa CHIP en el grupo de 0 a 20 años.</p> <p>Los medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.  Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) aprobado por CMS, incluidos deducibles, coaseguros o brechas de cubierta que excedan el plan estatal.  El medicamento debe estar en el formulario del PSG y debe estar sujeto a las modificaciones aplicables según lo establecido en el Formulario de Medicamentos en Cobertura (FMC) del PSG. También debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los beneficios de farmacia de las MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) brindarán cubierta de medicamentos de año completo con su Formulario de medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y estarán sujetos a los copagos de Platino establecidos como el único gasto de bolsillo.</li> <li>• Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de Parte D de las MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) deben someterse al proceso de excepción requerido de CMS para la posible aprobación de medicamentos no cubiertos. Si la denegación de proceso de excepción se sostiene por la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés), incluido el proceso de apelación, pero si el medicamento está cubierto por el Formulario de Medicamentos del PSG, el medicamento estará cubierto por el Wrap Around. El médico que receta debe agotar el formulario disponible de la Organización Medicare Advantage (MAO) en la categoría de medicamentos necesaria.</li> <li>• Para ser considerados, los medicamentos del Wrap Around deben ser parte del Formulario del PSG. Todos los Formularios de medicamentos de la Parte D de la MAO (Medicare Advantage Organization, en inglés) deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del PSG.</li> </ul>	<p><b>Medicamentos recetados</b></p> <p><b>\$0 para todos los medicamentos cubiertos</b></p> <p><b>\$0 para medicamentos contra el abuso de sustancias en entorno ambulatorio</b></p> <p>Medicamentos recetados ambulatorios</p> <p>El costo compartido puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información, por favor llámenos o vea el Capítulo 6, Sección 5.2 de su Evidencia de cobertura.</p>

Categoría de Beneficio	Programa de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	Cubierta
	<p>1. Los siguientes beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos independientemente de su código de cubierta:</p> <p>Niños de 0 a menos de 21 años (0-20 años, inclusive)</p> <p>Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el posparto de 60 días);</p> <p>Indios americanos y nativos de Alaska (AI/AN)</p> <p>Individuos institucionalizados; y</p> <p>Personas que reciben cuidado paliativo.</p> <p>2. Los beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos cuando reciben cualquiera de los siguientes servicios:</p> <p>Servicios de emergencia, incluso servicios ambulatorios, hospitalarios y de post-estabilización según se definen en las regulaciones federales 1932(b)(2) de la Ley y 42 CFR 438.114(a);</p> <p>Servicios y suministros de planificación familiar;</p> <p>Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años (0-17 años, inclusive)</p> <p>Servicios y asesoramiento relacionados al embarazo y medicamentos para dejar de consumir tabaco;</p> <p>Servicios preventivos por el proveedor según se definen en 42 CFR 447.26(b);</p> <p>3. No hay copago por servicios provistos por un proveedor de la Red Preferida. Las farmacias y los dentistas no forman parte de la Red Preferida de proveedores.</p> <p>4. El copago para una visita que no sea de emergencia a la sala de emergencia de un hospital no se aplica si llama al centro de llamadas de la MCO y recibe un código de exención al copago.</p>	

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



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

La información de beneficios provista es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos, 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 (HMO D-SNP)**, debe tener la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y en el Plan de Salud del Gobierno (GHP, por sus siglas en inglés) y vivir en nuestra área de servicio. Usted también es elegible para ser afiliado de nuestro plan siempre y cuando usted sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos o era afiliado de otro plan que terminó.

Para **MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)** y **MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)**, nuestra área de servicio incluye los 78 municipios de Puerto Rico.

Para **MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Region 1**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Para **MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Region 2**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Adjuntas, Barceloneta, Cabo Rojo, Ciales, Corozal, Florida, Guánica, Hormigueros, Jayuya, Lajas, Lares, Las Marías, Manatí, Maricao, Morovis, Orocovis, Sabana Grande, San Germán, Vega Alta, Vega Baja y Yauco.

Para **MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Region 3**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Aguas Buenas, Aibonito, Arroyo, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Cidra, Coamo, Comerío, Culebra, Dorado, Fajardo, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Humacao, Juana Díaz, Juncos, Las Piedras, Loiza, Luquillo, Maunabo, Naguabo, Naranjito, Patillas, Peñuelas, Ponce, Río Grande, Salinas, San Juan, San Lorenzo, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vieques, Villalba y Yabucoa.

Para **MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP)**, nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Coamo, Guayanilla, Juana Díaz, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel y Villalba.

**MCS Classicare (HMO D-SNP)** 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.

## ¿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)

# REGIONAL MAP



Region 1    Region 2    Region 3



MCS Classicare Platino Del Sur (HMO)

At **MCS Classicare** (HMO)  
we love you  
**with all**



Find here  
**all your benefits**

Paid endorsement.

## Disfruta de la tarjeta **MCS CLASSICARE TE PAGA**<sup>4,5</sup>

✓ **Todos los afiliados cualifican**

✓ **Tus OTC págalos con Te Paga**

✓ **Lo que no uses se transfiere al próximo mes**

(MCS Classicare: Platino Total, Platino Progreso, Platino Máximo (Regiones 1, 2 y 3) y Platino del Sur)



MCS CLASSICARE PLATINO TOTAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO MÁSCA\$H (HMO D-SNP)
\$3,000 anual (\$250 mensual)	\$1,116 anual (\$93 mensual)	\$972 anual (\$81 mensual)	\$744 anual (\$62 mensual)
PRODUCTOS REGIONALES <sup>9</sup>			
¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO MÁXIMO (HMO D-SNP)			¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO DEL SUR (HMO D-SNP)
Región 1	Región 2	Región 3	
\$2,520 anual (\$210 mensual)	\$2,160 anual (\$180 mensual)	\$1,920 anual (\$160 mensual)	\$1,800 anual (\$150 mensual)

## Reducción a la prima mensual de la Parte B

MCS Classicare PLATINO MÁSCA\$H (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO IDEAL (HMO D-SNP)	MCS Classicare PLATINO PROGRESO (HMO D-SNP)
\$1,978.80 anual (\$164.90 mensual)	\$1,440 anual (\$120 mensual)	\$540 anual (\$45 mensual)
PRODUCTOS REGIONALES <sup>9</sup>		
¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO DEL SUR (HMO D-SNP)	¡NUEVO! MCS Classicare PLATINO MÁXIMO (HMO D-SNP)	
	Región 1	Región 2
\$1,800 anual (\$150 mensual)		Región 3
	\$1,200 anual (\$100 mensual)	



MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)

## Cuidado de los pies en el hogar<sup>7</sup>

1 visita por trimestre

MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)

## Dental comprensivo<sup>1</sup>

\$4,500 cada año

Servicios restaurativos • Coronas • Prostodoncia



MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)

## Celular libre de costo<sup>8</sup>

- Plan ilimitado de voz, texto e Internet
- En Puerto Rico y Estados Unidos

MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)

## Espejuelos

\$1,000 anual



Basado en una revisión del modelo de cuidado, MCS Classicare ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar un plan de necesidades especiales (SNP) hasta 2026. 1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles. 4. La tarjeta te paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo, ni para la compra de bebidas alcohólicas, ni tabaco, ni sus derivados. Cantidades no utilizadas no se transfieren al próximo mes, para las siguientes cubiertas: MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP) y MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP) 5. De tener preguntas, necesitar materiales de forma permanente en formatos y/o lenguajes alternos o de necesitar servicios de interpretación oral puede

llamarnos al 1.866.627.8183 (libre de costo) o 1.866.627.8182 (TTY, para personas con dificultad auditiva). 7. Los servicios están limitados por trimestre, y si no usa la cantidad completa durante un trimestre, el balance restante no se acumulará para usar durante el próximo trimestre. 8. Equipo preseleccionado con un plan de datos de un proveedor aprobado por el plan. 9. Acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico. El área de servicio de MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP) incluye 8 municipios. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 1 incluye 13 municipios, Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 2 incluye 21 municipios, Platino Máximo (HMO D-SNP) Región 3 incluye 44 municipios. Para más detalles, consulte la Evidencia de Cubierta o comuníquese con el plan.

# Salud Completa

# **MCS** Classicare

(HMO)

Basado en una revisión del modelo de cuidado, MCS Classicare ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar un plan de necesidades especiales (SNP) hasta 2026. H5577\_4330823\_M