

# RESUMEN DE BENEFICIOS

■ MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)



**MCS** Classicare  
(HMO)

**2024**

# RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS	
<b>PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES</b>	
<b>Prima mensual del plan</b>	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<b>Reducción a la prima de la parte B</b>	
<b>Deducible</b>	
<b>Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo</b> (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.
<b>CUBIERTA DE HOSPITAL</b>	
<b>Cubierta hospitalaria <sup>1</sup></b>	
<b>Servicios de hospital ambulatorio <sup>1</sup></b>	
<b>Centro de cirugía ambulatoria <sup>1</sup></b>	
<b>VISITAS A MÉDICOS</b>	
<b>Proveedores de cuidado primario</b>	
<b>Especialistas</b>	
<b>Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)</b>	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.
<b>Cuidado de emergencia</b>	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.
<b>Servicios de urgencia</b>	Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

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

MCS CLASSICARE PRIMERO (HMO C-SNP)	
	Usted paga \$0
	\$40 mensual
	Usted no paga nada Este plan no tiene deducible
	\$3,400 anualmente
	Red Especial (RE): \$0 copago por cada estadía cubierta por Medicare
	Red General (RG): \$50 copago por cada estadía cubierta por Medicare
	Usted no paga nada
	Usted no paga nada
	Usted no paga nada
	Usted no paga nada
	Usted no paga nada
	\$40 de copago por visita
	Usted no paga nada

# RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS
<b>SERVICIOS DIAGNÓSTICOS / LABORATORIOS / IMÁGENES</b>
Pruebas y procedimientos diagnósticos <sup>1</sup>
Servicios de laboratorio <sup>1</sup>
Servicios de radiología diagnóstica (e.j. MRI, CT Scan) <sup>1</sup>
Rayos X <sup>1</sup>



<b>SERVICIOS DE AUDICIÓN</b>
Examen de audición cubierto por Medicare
Examen de audición rutinario - Uno (1) por año
Evaluación / ajuste para audífono(s) - Uno (1) por año
Audífonos



<b>SERVICIOS DENTALES</b>
Servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales preventivos - Examen oral - Tratamiento de fluoruro - Profilaxis (Limpieza) - Rayos X
No aplica máximo de cubierta para los servicios preventivos.
Servicios dentales comprensivos <sup>1</sup> - Coronas - Prostodoncia - Servicios restaurativos



<b>SERVICIOS DE VISIÓN</b>
Examen de la vista cubierto por Medicare
Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año
Artículos de la vista
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>

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

MCS CLASSICARE PRIMERO (HMO C-SNP)
0% - 15% del costo total
Red Especial (RE): 0% del costo total
Red General (RG): 20% del costo total
0% del costo total para procedimientos simples 15% del costo total para procedimientos complejos
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 no paga nada
Usted no paga nada
Usted no paga nada Hasta \$3,000 cada año
Usted no paga nada
Usted no paga nada
Consulte “Beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos”

# RESUMEN DE BENEFICIOS



## BENEFICIOS

### Hospitalización <sup>2</sup>

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 <sup>2</sup>

### Visita ambulatoria para terapia grupal

## BENEFICIOS ADICIONALES

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



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

## MCS CLASSICARE PRIMERO

(HMO C-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  
Hasta 32 viajes de ida o vuelta al año

0% - 5% del costo total

0% - 10% del costo total

0% - 10% del costo total,  
máximo \$35 copago

Usted no paga nada

0% - 20% del costo total

Usted no paga nada

Usted no paga nada



# RESUMEN DE BENEFICIOS



## BENEFICIOS

Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)

### BENEFICIOS PARA SU BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)

Reflexología podal

### Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)

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

Si el médico determina que la condición no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario.

Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono celular, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada. Refiérase a su Evidencia de cobertura para más detalles.

Servicios adicionales de acupuntura

### BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS



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

### Servicios de asistencia en el hogar <sup>3, 5, 6</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>3</sup>

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

### OTROS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

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

Beneficio para el cuidado de los pies en el hogar <sup>6</sup>

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

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 2024. 1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles. 2. Preautorización a través de MCS Solutions. 3. Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para afiliados con enfermedades crónicas. Afiliados deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad



## MCS CLASSICARE PRIMERO

(HMO C-SNP)

Usted no paga nada

Usted no paga nada

Usted no paga nada.

Seis (6) visitas por año

Usted no paga nada

Usted no paga nada.

Seis (6) visitas adicionales por año

\$1,080 anualmente  
(\$90 mensuales)

Usted no paga nada.

Doce (12) visitas por año  
(máximo 3 por trimestre)


Usted no paga nada

Hasta \$900 anualmente para un beneficio combinado para artículos de la vista y audífonos

Usted no paga nada

para beneficios. 4. La tarjeta Te Paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo ni para la compra de bebidas alcohólicas ni tabaco ni sus derivados. 5. Para los servicios de peluquería (lavado, corte y secado), usted debe visitar los establecimientos participantes para recibir estos servicios. Comuníquese con el proveedor de Asistencia en el Hogar para más detalles. 6. 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.

# MEDICAMENTOS RECETADOS

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

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

MCS CLASSICARE PRIMERO (HMO-C-SNP)
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
33% coseguro
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
No se ofrece
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
\$0 copago
No se ofrece
\$0 copago

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

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

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

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

# Esto es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MCS Classicare (HMO C-SNP)

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios provista es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com) para ver su **Evidencia de Cobertura 2024**.

Para afiliarse a **MCS Classicare**, debe tener la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que padecen de ciertas condiciones médicas. 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, cuando era afiliado de otro plan que terminó. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y/o trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y/o trastorno tromboembólico venoso crónico).

Para **MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)** nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.

**MCS Classicare** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si visita 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 [es.medicare.gov](http://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 **directorio de proveedores y farmacia** de nuestro plan en nuestro sitio web en [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com).

## 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 [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com).



# Ahora tienes **beneficios con to'**

## Dental Comprensivo <sup>1</sup>

**\$ 3,000** al año

- ✓ Servicios restaurativos
- ✓ Coronas
- ✓ Prostodoncia



## Espejuelos y audifonos

Beneficio combinado

Hasta: **\$ 900** al año



## Cuidado especializado de los pies

Una (1) visita por trimestre <sup>6</sup>

**\$ 1,080** al año <sup>3,4</sup>  
\$90 mensuales

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



## Reducción a la prima mensual de la Parte B

**\$ 480** al año  
(\$40 al mes)

Sobre **13,000** proveedores

Incluyendo médicos primarios, especialistas, hospitales y laboratorios...

**ALREDEDOR DE  
TODA LA ISLA**



Endoso pagado. 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 2024. 1. Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para detalles. 3. Los beneficios mencionados son parte del programa suplementario especial para afiliados con enfermedades crónicas. Afiliados deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad para beneficios. 4. La tarjeta Te Paga no se puede utilizar para retiro de dinero en efectivo ni para la

compra de bebidas alcohólicas ni tabaco ni sus derivados. 6. Los servicios están limitados por trimestre, y si no usa la cantidad completa durante un trimestre, el balance restante no se acumulará para usar durante el próximo trimestre. Proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a dar tratamiento a afiliados del plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo los costos compartidos que aplican a servicios fuera de la red.





# 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 2024. H5577\_4500823\_M

[www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com)

[f](#) [X](#) [in](#) [ig](#) [yt](#) @MCSPuertoRico