

# Resumen de Beneficios 2019

## MCS Classicare ExceD (OSS)

**H5577, Plan 030**

---

**Esto es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MCS Classicare ExceD (OSS)**

**1 de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019**

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 787-620-2530 (Área Metro) o 1-866-627-8183 (libre de costo). Los usuarios de TTY (audioimpedidos) pueden comunicarse al 1-866-627-8182 para más información.

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 2019.

Para afiliarse a **MCS Classicare ExceD (OSS)**, 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; y no padezca enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o cuando era miembro de otro plan que terminó. 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 ExceD (OSS)** 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 <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 Braille, letra agrandada y audio CD.

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

**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).*

**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)。*

## No discriminación

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

*MCS Advantage, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.*

*MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。*

## 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 <https://www.mcsclearcare.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.mcsclearcare.com/es/Paginas/directorio-de-proveedores.aspx>.

Puede ver el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web <https://www.mcsclearcare.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.mcsclearcare.com/es/Paginas/cubierta-medicamentos/formulario-de-medicamentos.aspx>.

## Prima Mensual, Deducible y Límites para los Servicios Cubiertos

<b>Primas y Límites</b>	<b>MCS Classicare ExceD (OSS)</b>	<b>Lo que Usted Debe Saber</b>
<b>Prima Mensual del Plan</b>	Usted paga \$0	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	No paga nada	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad en cuanto a la Cantidad Máxima de Gastos Directos de su Bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</b>	\$3,400 anuales	Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.

## Beneficios de Cuidado Médico y Hospitalario

Beneficios	MCS Classicare ExceD (OSS)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Cubierta hospitalaria</b>	<p>Sus costos pueden variar dependiendo de la red:</p> <p><b>Red Especial (RE):</b> No paga nada por estadía</p> <p><b>Red General (RG):</b> Usted paga un copago de \$50 por estadía</p>	<p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para estadías intrahospitalarias. El cargo aplica por estadía.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Cubierta de hospital ambulatorio</b>	<p>Los costos pueden variar de acuerdo con los servicios. Por favor refiérase a los beneficios específicos para los costos compartidos aplicables. Por ejemplo, vea la sección de “<i>Servicios Diagnósticos/Laboratorios/Imágenes</i>” para los costos relacionados con los laboratorios y pruebas diagnósticas.</p> <p>También puede consultar la Evidencia de Cobertura o contactar al plan.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Visitas a Médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Proveedores de cuidado primario</b></li> <li>○ <b>Especialistas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por visita</li> <li>○ Sus costos pueden variar dependiendo de la red:</li> </ul>	<p>Las visitas a especialistas requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>

Beneficios	MCS Classicare ExceD (OSS)	Lo que Usted Debe Saber
	<p><b>Red Especial (RE):</b> Usted paga un copago de \$2 por visita</p> <p><b>Red General (RG):</b> Usted paga un copago de \$4 por visita</p>	
<p><b>Cuidado Preventivo</b> (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)</p>	<p>No paga nada por servicio</p>	<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.</p> <p>Puede que haya artículos que no estén cubiertos a un costo de \$0.</p>
<p><b>Cuidado de Emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sala de emergencia</b></li> <li>○ <b>Cubierta mundial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga un copago de \$75 por visita</li> <li>○ Usted paga un copago de \$75 por visita</li> </ul>	<p>Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo por el cuidado de emergencia.</p> <p>Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.</p> <p>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.</p>
<p><b>Servicios de Urgencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Cuidado de urgencia</b></li> <li>○ <b>Cubierta mundial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga un copago de \$10 por visita</li> <li>○ Usted paga un copago de \$75 por visita</li> </ul>	<p>Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo por los servicios de urgencia.</p>

## Beneficios

## MCS Classicare ExceD (OSS)

## Lo que Usted Debe Saber

		<p>Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.</p> <p>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.</p>
<p><b>Servicios Diagnósticos/ Laboratorios/Imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Pruebas y procedimientos diagnósticos</b></li><li>○ <b>Servicios de laboratorio</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Usted paga 0-15% del costo, según el servicio</li><li>○ Sus costos pueden variar dependiendo de la red: <b>Red Especial (RE):</b> Usted paga 0% del costo por servicio <b>Red General (RG):</b> Usted paga 20% del costo por servicio</li></ul>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>MRI, CT Scan</b></li><li>○ <b>Rayos X</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Usted paga 0-15% del costo, según el servicio</li><li>○ No paga nada por servicio</li></ul>	
<p><b>Servicios de Audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Examen de audición cubierto por Medicare</b></li><li>○ <b>Examen de audición rutinario</b></li><li>○ <b>Audífonos</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ No paga nada por examen de audición</li><li>○ No paga nada por examen de audición de rutina</li><li>○ Audífonos cubiertos</li></ul>	<p>Hasta \$300 cada año para audífonos.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Contacte al plan para detalles.</p>

<b>Beneficios</b>	<b>MCS Classicare ExceD (OSS)</b>	<b>Lo que Usted Debe Saber</b>
<b>Servicios Dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Servicios cubiertos por Medicare</b></li> <li>○ <b>Examen oral y limpieza</b></li> <li>○ <b>Empastes</b></li> <li>○ <b>Dentaduras completas y/o parciales removibles</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga 20% del costo por servicios cubiertos por Medicare</li> <li>○ Usted paga un copago de \$8 por visita de oficina</li> <li>○ Usted paga 20% del costo por servicios cubiertos por Medicare</li> <li>○ No está cubierto</li> </ul>	<p>Hasta \$500 cada año para beneficios dentales.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<b>Servicios de Visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Examen de la vista cubierto por Medicare</b></li> <li>○ <b>Examen rutinario para la visión</b></li> <li>○ <b>Espeuelos no cubiertos por Medicare (monturas y lentes)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por examen de la vista</li> <li>○ No paga nada por examen de la vista de rutina</li> <li>○ Artículos de la vista cubiertos</li> </ul>	<p>Hasta \$125 cada año para artículos de la vista.</p> <p>El proveedor y/o miembro debe verificar cuál es la cantidad máxima disponible restante de la cubierta del plan.</p>
<b>Servicios de Salud Mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Visita hospitalaria</b></li> <li>○ <b>Visita ambulatoria para terapia individual</b></li> <li>○ <b>Visita ambulatoria para terapia grupal</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por estadía</li> <li>○ Usted paga un copago de \$10 por cada visita ambulatoria para terapia individual</li> <li>○ Usted paga un copago de \$10 por cada visita ambulatoria para terapia grupal</li> </ul>	<p>Visita hospitalaria: 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.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<b>Centro de cuidado de enfermería diestra</b>	<p>No paga nada por estadía</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p>



**Beneficios****MCS Classicare  
ExceD (OSS)****Lo que Usted  
Debe Saber**

		<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Terapia física</b>	Usted paga un copago de \$3 por visita	<p>También cubrimos terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Revise la Evidencia de Cobertura o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Ambulancia</b>	No paga nada por servicio	Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
<b>Transportación</b>	No paga nada	Seis (6) viajes (de ida o de vuelta) a lugares aprobados por el plan cada año. Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.

Beneficios	MCS Classicare ExceD (OSS)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Medicamentos de quimioterapia</b></li> <li>○ <b>Otros medicamentos de la Parte B</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted paga 5% del costo por medicamento</li> <li>○ Usted paga 0-10% del costo dependiendo del medicamento o servicio</li> </ul>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>
<b>Cuidado del Pie (servicios de podiatría)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Exámenes de los pies y tratamiento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sus costos pueden variar dependiendo de la red:</li> </ul> <p><b>Red Especial (RE):</b> Usted paga un copago de \$2 por visita</p> <p><b>Red General (RG):</b> Usted paga un copago de \$4 por visita</p>	<p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Equipo Médico/Suministros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Equipo médico duradero (por ej. sillas de ruedas, oxígeno)</b></li> <li>○ <b>Prótesis (por ej. abrazaderas, extremidades artificiales)</b></li> <li>○ <b>Suplidos para la diabetes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por equipo</li> <li>○ Usted paga 0-20% del costo, según el dispositivo</li> <li>○ No paga nada por suplido</li> </ul>	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p> <p>Referido del PCP (para los servicios correspondientes) se maneja mediante el Formulario de Referido/autorización. Contacte al plan para más detalles.</p>
<b>Programas de Bienestar (por ej. salud física)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Educación en Salud (Club Amigos Clásicos, Programa de Bienvenida Saludable, MCS En Alerta)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicio</li> </ul>	<p>Los servicios de terapia alternativa se ofrecen solo mediante el programa de MCS Alivia y deben ser prescritos por un médico de MCS Alivia. El afiliado puede recibir hasta dos (2) modalidades de tratamiento por visita, hasta un máximo de seis (6) visitas al año.</p>

Beneficios	MCS Classicare ExceD (OSS)	Lo que Usted Debe Saber
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Beneficio de Salud Física</b> (MCS Salud Paso a Paso)</li> <li>○ <b>Línea Telefónica Directa de Enfermería</b> (MCS Medilínea)</li> <li>○ <b>Terapias Alternativas/ Acupuntura</b> (MCS Alivia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ Usted paga un copago de \$15 por visita</li> </ul>	
<p><b>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>No paga nada por artículo</p>	<p>Usted tiene hasta \$30 cada 3 meses (\$120 anuales) para la compra de artículos OTC.</p> <p>La lista de artículos fuera del recetario incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pañales para adultos</li> <li>● Protectores desechables (“underpads”)</li> <li>● Monitor de presión arterial (Un monitor por año póliza)</li> <li>● Entre otros artículos</li> </ul> <p>Vea su Evidencia de cobertura y la Guía de Artículos Fuera del Recetario para información sobre las reglas del plan y para la lista completa de los artículos cubiertos.</p> <p>Usted debe utilizar la cantidad máxima de la cuota asignada por trimestre, ya que estas cantidades no se acumulan de un trimestre al otro. Contacte al plan para más detalles.</p>

## Beneficios

## MCS Classicare ExceD (OSS)

## Lo que Usted Debe Saber

### **Servicios de Nutricionista**

- **Evaluación personal y un plan de dieta**
- **Diseñado por un dietista certificado**
- **Incluye sugerencias de ejercicios**

Usted no paga nada por seis (6) visitas cada año

Este beneficio no es el mismo beneficio que la terapia médica nutricional que es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo solicita el médico del afiliado. El nuevo beneficio de nutrición está disponible para todos nuestros afiliados.

Consulte su Evidencia de cobertura para más detalles. Para obtener una lista de los dietistas disponibles, consulte su Directorio de proveedores y farmacias.

## Medicamentos recetados ambulatorios

El costo compartido al por menor puede cambiar para los suministros extendidos (60 y 90 días) y en los medicamentos para la infusión en el hogar. También, el costo compartido puede cambiar cuando usted comienza otra etapa de beneficio de la Parte D y en farmacias fuera de la red. Para más información sobre las cantidades de costo compartido aplicables y las etapas de beneficio, por favor llámenos o acceda su Evidencia de Cobertura en línea.

<b>Etapa 1: Cobertura Inicial</b>	<b>Costo compartido estándar al por menor (suministro de 30 días)</b>	<b>Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)</b>
<b>Nivel de costo compartido:</b>	<b>Usted paga:</b>	<b>Usted paga:</b>
<b>Nivel 1: Genérico Preferido</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2: Genérico</b>	<b>\$3</b>	<b>\$6</b>
<b>Nivel 3: Marca Preferida</b>	<b>\$18</b>	<b>\$36</b>
<b>Nivel 4: Marca No Preferida</b>	<b>\$28</b>	<b>\$56</b>
<b>Nivel 5: Nivel Especializado</b>	<b>33%</b>	<b>No se ofrece</b>
<b>Nivel 6: Medicamentos para Cuidado Especial</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>