

# Resumen de Beneficios 2019

## MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)

**H5577, Plan 017**

---

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

**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 y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. 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 Platino Progreso (OSS PNE)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y el Plan de Salud del Gobierno (PSG) - Medicaid, 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.

H5577\_03IS0618\_M

**MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)** 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.

## Beneficios cubiertos bajo Medicaid

Para los servicios cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno (PSG), refiérase a la sección titulada como *Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud*.

## 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 mas 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.mcsclassicare.com/es/Paginas/productos-y-servicios/cubiertas/evidencia-de-cubiertas.aspx>.

## Directorios del Plan

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

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

## Cubierta de Medicamentos

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

Puede ver el formulario de nuestro plan (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) en su totalidad y cualquiera de las restricciones, en nuestro sitio web

<https://www.mcsclassicare.com/es/Paginas/cubierta-medicamentos/formulario-de-medicamentos.aspx>.

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

<b>Primas y Límites</b>	<b>MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)</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 Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Cubierta hospitalaria</b>	No paga nada por estadía	<p>Nuestro plan cubre 90 días por periodo de beneficios para estadías intrahospitalarias cubiertas por Medicare.</p> <p>Refiérase a la sección de <i>Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud</i> para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino.</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>

## Beneficios

## MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)

## Lo que Usted Debe Saber

<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>○ No paga nada por visita</li></ul>	<p>Las visitas a especialistas requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.</p>
<b>Cuidado Preventivo</b> (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes)	No paga nada por servicio	<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<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>○ No paga nada por visita</li> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<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>○ No paga nada por visita</li> <li>○ No paga nada por visita</li> </ul>	<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>



Beneficios	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<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> <li>○ <b>MRI, CT Scan</b></li> <li>○ <b>Rayos X</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada 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>
<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 \$400 cada año para audífonos.</p> <p>Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Contacte al plan para detalles.</p>
<p><b>Servicios Dentales</b></p> <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>○ No paga nada por servicios cubiertos por Medicare</li> <li>○ No paga nada por visita de oficina</li> <li>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ Usted paga 35% del costo</li> </ul>	<p>Hasta \$1,000 cada año para beneficios dentales.</p> <p>Hasta \$1,000 cada año para prostodoncia.</p> <p>El reemplazo de una prótesis dental removible se cubrirá cinco años luego de inserción inicial. El afiliado que no cumpla con el plazo establecido de cinco años desde la inserción inicial, puede usar el monto de \$1,000 para servicios relacionados con su prótesis removible.</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
		Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
<p><b>Servicios de Visión</b></p> <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>Espejuelos 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 \$400 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>
<p><b>Servicios de Salud Mental</b></p> <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>○ No paga nada por cada visita ambulatoria para terapia individual</li> <li>○ No paga nada 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>Refiérase a la sección de <i>Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud</i> para información sobre días sin límites bajo nuestro plan Platino.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>

<b>Beneficios</b>	<b>MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)</b>	<b>Lo que Usted Debe Saber</b>
<b>Centro de cuidado de enfermería diestra</b>	No paga nada por estadía	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</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>Terapia física</b>	No paga nada 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	<p>Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<b>Transportación</b>	No paga nada	Doce (12) 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.
<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>○ No paga nada por medicamento</li> <li>○ No paga nada por medicamento</li> </ul>	Algunos servicios pueden requerir preautorización. Comuníquese con el plan para conocer los detalles.
<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>○ No paga nada por visita</li> </ul>	Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Ciertas excepciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.
<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>○ No paga nada por 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.</p> <p>Contacte al plan para más detalles.</p>

Beneficios	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
<p><b>Programas de Bienestar (por ej. salud física)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Educación en Salud</b> (Club Amigos Clásicos, Programa de Bienvenida Saludable, MCS En Alerta)</li> <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>○ No paga nada por servicio</li> <li>○ No paga nada por visita</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>
<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 \$50 cada 3 meses (\$200 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>

Beneficios	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE)	Lo que Usted Debe Saber
		<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>
<p><b>Servicios de Nutricionista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Evaluación personal y un plan de dieta</b></li> <li>○ <b>Diseñado por un dietista certificado</b></li> <li>○ <b>Incluye sugerencias de ejercicios</b></li> </ul>	<p>Usted no paga nada por seis (6) visitas cada año</p>	<p>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.</p> <p>Consulte su Evidencia de cobertura para más detalles. Para obtener una lista de los dietistas disponibles, consulte su Directorio de proveedores y farmacias.</p>

## Medicamentos recetados ambulatorios

El costo compartido puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información acerca de las etapas de beneficio, por favor llámenos o acceda su Evidencia de Cobertura en línea.

<b>Etapas I: 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>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 3: Marca Preferida</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 4: Marca No Preferida</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 5: Nivel Especializado</b>	<b>\$0</b>	<b>No se ofrece</b>
<b>Nivel 6: Medicamentos para Cuidado Especial</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

## Resumen de Beneficios Cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud para el Contrato H5577, Plan 017

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 de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud.

Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud. 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 (PSG) cubre y lo que nuestro plan cubre.

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
<b>Prima mensual</b>	Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0	\$0 al mes.
<b>Servicios de hospitalización</b>	<p><b>Admisiones</b></p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <p><b>Nursery</b></p> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>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</p>	<p><b>Admisiones</b></p> <p>\$0 copago</p> <p><b>Nursery</b></p> <p>\$0 copago</p>



**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	
<p><b>Hospitalización para enfermedades de la salud mental</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <p>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 Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Hospitalización para trastornos de abuso de sustancias</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <p>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</p>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	
<p><b>Servicios ambulatorios para trastornos de abuso de sustancias</b></p>	<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 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 Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés), incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).</p>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Servicios ambulatorios profesionales y de salud mental</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Todos los servicios de emergencia e intervención en crisis para pacientes ambulatorios relacionados con la salud mental</p>	<p>\$0 copago</p>

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<p>las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	
<p><b>Servicios de laboratorios y laboratorios de alta tecnología</b></p>	<p><b>Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con obtener un certificado de salud no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</b></p> <p><b>Laboratorios de alta tecnología**</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0.50  Código de cubierta 120: \$1  Código de cubierta 130: \$1.50</p> <p><b>Laboratorios clínicos**</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0.50  Código de cubierta 120: \$1  Código de cubierta 130: \$1.50</p> <p><b>Rayos X**</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0.50  Código de cubierta 120: \$1  Código de cubierta 130: \$1.50</p>	<p><b>Laboratorios de alta tecnología</b>  \$0 copago</p> <p><b>Laboratorios clínicos</b>  \$0 copago</p> <p><b>Rayos X</b>  \$0 copago</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

	<p><b>Pruebas diagnósticas especiales**</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>**Aplica solo a las pruebas de diagnóstico. Los copagos no aplican a la prueba requerida como parte de un servicio preventivo.</p>	<p><b>Pruebas diagnósticas especiales</b>  \$0 copago</p>
<p><b>Programa de Exámenes Tempranos Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés)</b>  (Menores de 21 años de edad)</p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Requisitos de EPSDT no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los exámenes de EPSDT deben incluir:</p> <p>Historial comprensivo de desarrollo y de salud; evaluación de desarrollo que incluya el desarrollo mental, emocional y de comportamiento; medidas (que incluyan la circunferencia de la cabeza del infante); evaluación de estado nutricional; examen físico comprensivo sin ropa; vacunaciones según las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) - las vacunas en sí</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Para más información relacionada a los servicios EPSDT, por favor comuníquese con nuestro Centro de llamadas.</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>son proporcionadas y pagadas por el Departamento de Salud para las personas elegibles bajo Medicaid y EL CHIP. Ciertas pruebas de laboratorio; consejería preventiva y educación en salud; examen de la visión; prueba de tuberculosis; examen de la audición; y evaluación dental y de salud oral.</p>	
<p><b>Planificación familiar</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de planificación familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proveen educación y consejería en salud reproductiva y planificación familiar. La libre elección del afiliado para servicios de planificación familiar, y proveedores de suministros, no está restringida. El afiliado puede visitar cualquier médico dentro de la red sin necesidad de referido. 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</p>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

de planificación familiar incluirán, como mínimo, lo siguiente:

- Educación y consejería
- Pruebas de embarazo
- Evaluación de infertilidad
- Servicios de esterilización (basados en ciertas reglas de Medicaid)
- Servicios de laboratorios
- Costo de inserción/remoción de productos no orales, como los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés)
- Uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA
- Uno de cada clase y categoría de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA
- 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:
  - Una contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando y no hay

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

	<p>otros métodos cubiertos/disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Historial de reacciones adversas del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos.</li> <li>○ Historial de reacciones adversas por el afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.</li> </ul>	
<p><b>Cesación del uso del tabaco</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de cesación del uso del tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	<p>\$0 copago</p>
<p><b>Servicios de maternidad</b>  (Servicios prenatales; durante el embarazo y los 60 días de periodo posparto)</p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas</p>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los abortos están cubiertos en los siguientes casos: (i) la vida de la madre estaría en peligro si el feto se lleva a término, según lo certifique un médico; (ii) cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico; y (iii) se causaría un daño severo y duradero a la madre si el embarazo se lleva a término, según lo certifique un médico.</p>	
<b>Médico y quirúrgico</b>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Los servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>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.</p>	<p>\$0 copago</p>



**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

<p><b>Servicios de visión</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$1.50  Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años inclusive, se cubrirán cuando sea médicamente necesario. El beneficio de espejuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espejuelos estándar <b>cada 24 meses</b>. Todos los tipos de lentes tienen que ser preautorizados, excepto los lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o sustitución de los vidrios dentro de un plazo de 24 meses cuando sea médicamente necesario y aprobada por la preautorización.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años inclusive, se cubrirán cuando sea médicamente necesario. El beneficio de espejuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espejuelos estándar <b>cada año</b>, incluida la reparación o reemplazo de espejuelos cada año, cuando sea médicamente necesario. El proveedor y / o afiliado debe verificar la disponibilidad restante combinada del monto máximo de cobertura de beneficios del plan.</p>
<p><b>Servicios dentales, preventivos y restaurativos</b></p> <p>Preventivo (niño)  Preventivo (adulto)  Restaurativo</p>	<p><b>Código de cubierta 100:</b></p> <p>\$0  \$0  \$0</p>	<p>\$0 copago  \$0 copago  \$0 copago</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

Preventivo (niño)  
Preventivo (adulto)  
Restaurativo

**Código de cubierta 110:**

\$0  
\$1  
\$1

Preventivo (niño)  
Preventivo (adulto)  
Restaurativo

**Código de cubierta 120:**

\$0  
\$1.50  
\$1.50

Preventivo (niño)  
Preventivo (adulto)  
Restaurativo

**Código de cubierta 130:**

\$0  
\$2  
\$2

Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.

Los siguientes son los beneficios incluidos en el PSG:

- Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de veintiún (21) años de edad, ordenados según los requisitos del Programa de Exámenes Tempranos Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).
- Terapia pulpal (pulpotomía) pediátrica para niños

Para más información relacionada a los servicios EPSDT, por favor comuníquese con nuestro Centro de llamadas.

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>menores de veintiún (21) años de edad;</p> <ul style="list-style-type: none"><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 comprehensivo por año;</li><li>• Un (1) examen periódico cada seis meses;</li><li>• Un (1) examen oral limitado a problema definido (examen oral de emergencia);</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></ul>	
--	--	--

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<ul style="list-style-type: none"><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 incluido (incluye 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 (emergencia) y</li><li>• Cirugía oral</li></ul>	
<b>Exámenes de audición</b>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <p>Servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Para más información relacionada a los servicios EPSDT, por favor comuníquese con nuestro Centro de llamadas.</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>Los audífonos para los beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cobertura. Los audífonos para niños pueden estar cubiertos bajo las guías de EPSDT.</p>	
<p><b>Servicios preventivos</b></p>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <p><b>Vacunas para niños de 0-20 años de edad inclusive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis B</li> <li>• Rotavirus (RV)</li> <li>• DTaP (Toxoides de Diphtheria y vacuna pertussis acelular)</li> <li>• HIB (Vacuna conjugada HIB)</li> <li>• PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas)</li> <li>• Polio (IPV)</li> <li>• Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV).</li> <li>• MMR</li> <li>• Varicela (VAR)</li> <li>• Hepatitis A</li> <li>• Vacunas Antimeningocócicas - Hib-MenCY [MenHibrix], MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo) MenB (Meningeococos serogrupo B Men B -4C</li> </ul>	<p>\$0 copago</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

[Bexserol] y Men B- FHbp [Trumenba]

- Tdap
- Virus del Papiloma Humano (VPH)

**Vacunas para adultos de 21 > 65 años de edad**

- Influenza
- Td /Tdap (Tetanus Dispteria, Pertusis)
- Varicela
- VPH Virus Papiloma Humano
- Zoster
- MMR
- Neumococo Polisacárido (PPSV23)
- Neumococo 13 Conjugada (PCV13)
- Meningococo
- Hepatitis A
- Hepatitis B

Servicios de vacunación no cubiertos por la Parte B de Medicare; el formulario de medicamentos de la Parte D de la Organización Medicare Advantage (MAO); los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage (MAO) del Programa de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan Estatal de Medicaid.

Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	Las vacunas para niños y adultos listadas anteriormente no están incluidas en el WRAP de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud, pero sí son provistas por el Departamento de Salud (DS).	
<b>Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia física</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li> <li>• <b>Terapia ocupacional</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li> <li>• <b>Terapia respiratoria</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li> <li>• <b>Terapia del habla</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li> </ul> <p>Cubierta sin límites bajo Medicare parte B (seguro médico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia física</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Terapia ocupacional</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Terapia respiratoria</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Terapia del habla</b> \$0 copago</li> </ul>
<b>Cuidado de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a salas de emergencia</b> Código de cubierta 100: \$0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas a salas de emergencia</b> \$0 copago</li> </ul>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

	<p>Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas que no son de emergencia a una sala de emergencia en el hospital</b></li> </ul> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$4 Código de cubierta 120: \$5 Código de cubierta 130: \$8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas que no son de emergencia a una sala de emergencia independiente</b></li> </ul> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$2 Código de cubierta 120: \$3 Código de cubierta 130: \$4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trauma</b></li> </ul> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$0 Código de cubierta 120: \$0 Código de cubierta 130: \$0</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visitas que no son de emergencia a una sala de emergencia en el hospital</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Visitas que no son de emergencia a una sala de emergencia independiente</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Trauma</b> \$0 copago</li> </ul>
<p><b>Visitas ambulatorias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b></li> </ul> <p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Especialistas</b></li> </ul> <p>Código de cubierta 100: \$0</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)</b> \$0 copago</li> <li>• <b>Especialistas</b> \$0 copago</li> </ul>



Categoría de Beneficio	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)	MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130
	<p>Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Subespecialistas</b> Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Subespecialistas</b> \$0 copago</li> </ul>
<b>Examen físico</b>	<p>Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: \$1 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2</p>	\$0 copago
<b>Cubierta especial</b>	<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 Eritematoso Sistémico</li> <li>• Fibrosis Quística</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Hemofilia</li> <li>• Enfermedad Renal Crónica nivel 3 y 4</li> <li>• Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) – nivel 5</li> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Esclerosis Múltiple</li> <li>• Escleroderma</li> <li>• Hipertensión pulmonar</li> </ul>	<p>\$0 copago</p> <p>La artritis reumatoide y el embarazo son condiciones establecidas por MCS Classicare bajo el Registro de Condiciones Especiales. Comuníquese con el plan para detalles.</p>

**Categoría de Beneficio**

**Oficina de Medicaid del Departamento de Salud Plan de Salud del Gobierno (PSG)**

**MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) Cubiertas 100, 110, 120 y 130**

<p><b>Otros servicios</b></p>	<p><b>Cuidado para el niño saludable</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p>	<p><b>Cuidado para el niño saludable</b>  \$0 copago</p>
<p><b>Medicamentos recetados</b></p>	<p><b>Medicamentos recetados***</b></p> <p><b>Preferidos (Niños 0-20 inclusive)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p><b>Preferidos (Adultos)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$1  Código de cubierta 120: \$2  Código de cubierta 130: \$3</p> <p><b>No Preferidos (Niños 0-20 inclusive)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p> <p><b>No Preferidos (Adultos)</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$3  Código de cubierta 120: \$4  Código de cubierta 130: \$6</p> <p><b>Abuso de sustancias en entorno ambulatorio</b>  Código de cubierta 100: \$0  Código de cubierta 110: \$0  Código de cubierta 120: \$0  Código de cubierta 130: \$0</p>	<p><b>Medicamentos recetados+</b></p> <p><b>\$0</b> para todos los medicamentos cubiertos de todos los niveles de nuestro formulario.</p> <p><b>\$0</b> para medicamentos contra el abuso de sustancias en entorno ambulatorio</p> <p>+Los medicamentos preferidos del Plan de Salud del Gobierno (PSG) representan los niveles 1, 2 y 6 del Formulario de Medicamentos de MCS Classicare; y los medicamentos no preferidos representan nuestros niveles 3, 4 y 5. Vea las secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p><b>Medicamentos recetados ambulatorios</b></p> <p>El costo compartido puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información acerca de las etapas de beneficio, por favor llámenos o acceda su Evidencia de Cobertura en línea.</p>

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

\*\*\*Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la hoja de receta.

Los medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO) pero incluidos en el Plan estatal.

Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios de la Organización Medicare Advantage (MAO) aprobado por CMS, incluidos deducibles, coseguros o brechas de cobertura 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:

- Todos los beneficios de farmacia de las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) brindarán cobertura 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.

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

- Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de Parte D de las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) 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 Organización de Medicare Advantage (MAO), incluido el proceso de apelación, pero si el medicamento está cubierto por el Formulario de Medicamentos en Cobertura (FMC) 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.

**Categoría de  
Beneficio**

**Oficina de Medicaid  
del Departamento de Salud  
Plan de Salud del Gobierno  
(PSG)**

**MCS Classicare  
Platino Progreso  
(OSS PNE)  
Cubiertas  
100, 110, 120 y 130**

- Los medicamentos recetados que no aparecen en el formulario del contratista de Medicare Parte D y que no están cubiertos por el proceso de excepción estarán cubiertos por el beneficio de Platino si figuran como un medicamento cubierto bajo el Formulario del PSG. Los medicamentos en el Formulario del PSG estarán cubiertos bajo el beneficio de Platino bajo la clase terapéutica aplicable.

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

## Información Importante

### **Para beneficiarios de los Planes de Necesidades Especiales que son elegibles para los servicios de salud de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud:**

Esta sección integra requisitos del PSG y consideraciones establecidas por MCS Classicare para un manejo adecuado de los servicios que recibe.

Puede recibir los servicios mencionados a continuación sin la necesidad de obtener un referido de su PCP:

- Si es diagnosticado con una de las siguientes condiciones crónicas o especiales, puede acceder al médico que le brinda tratamiento y servicios relacionados con su condición de salud. Por favor refiérase a las secciones 2.2 y 2.3 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura para detalles.
  - VIH / SIDA
  - Tuberculosis
  - Lepra
  - Lupus Eritematoso Sistémico
  - Fibrosis Quística
  - Cáncer
  - Hemofilia
  - Enfermedad Renal Crónica nivel 3 y 4
  - Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) – nivel 5
  - Enfermedad de Parkinson
  - Esclerosis Múltiple
  - Escleroderma
  - Hipertensión Pulmonar
  - Artritis Reumatoidea
  - Embarazo
- Si su PCP le envía a cualquier especialista que se encuentre dentro de su grupo médico primario o está contratado con el mismo (el especialista tiene que enviar a su PCP un informe sobre los servicios que le prestó).
- Servicios recibidos durante una hospitalización y transición del paciente interno a otra institución (estas instituciones pueden incluir agencias de atención médica a domicilio, hospitales y centros de atención de enfermería especializada).

- Si está confinado al hogar porque su condición de salud no le permite salir de su hogar sin ayuda, no es medicamento recomendado, o salir de su hogar implica un esfuerzo considerable, usted debe inscribirse en el Registro de Condiciones Especiales de MCS Classicare y debe completar la solicitud titulada “*Homebound Criteria Checklist*”. Estas solicitudes serán evaluadas por un profesional de la salud cualificado y aprobado por MCS Classicare. Refiérase a las secciones 2.2 y 2.3 del capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura para detalles.
- Recetas escritas por el especialista que lo está atendiendo (los medicamentos bioequivalentes son obligatorios).
- Laboratorios patológicos y la mayoría de los servicios radiológicos convencionales (servicios sin contraste).
- Visitas y servicios provistos en oficina de ginecólogo/obstetra y urólogo.