

# RESUMEN DE BENEFICIOS

<Foto>



AHORA EL PODER LO TIENES TÚ **2022**

**MCS** | Classicare  
PENSIONADO DE GOBIERNO (HMO)

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

1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2022

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

La información de beneficios provista es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite nuestro sitio web en [www.mcsciclassicare.com](http://www.mcsciclassicare.com) para ver su Evidencia de cubierta 2022.

Para afiliarse a MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS), MCS Classicare ELA Enlace Acero (HMO-POS), MCS Classicare Gobierno Ahorro (HMO-POS), MCS Classicare ELA Crédito Rubí (HMO-POS) y MCS Classicare ELA Máximo (HMO-POS), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Usted también es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando usted sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos o cuando era miembro de otro plan que terminó. 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, Loiza, 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 (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios puede usar proveedores que no están en nuestra red (Point of Service Option, POS). Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de MCS Classicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Centro de Llamadas o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.

Aprobado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

### ¿Cómo obtener ayuda de Medicare?

Si desea conocer más sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de "Medicare y usted". Véalo en línea en <https://es.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Documentos del plan en otros formatos e idiomas

Este documento está disponible en otros formatos tales como letra agrandada, braille y audio CD. Este documento también está disponible de forma gratuita en inglés. Llame a nuestro Centro de Llamadas si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

### Números de teléfono y sitio web del plan

Para más información, por favor comuníquese con nosotros a los números telefónicos a continuación o visítenos en [www.mcsciclassicare.com](http://www.mcsciclassicare.com)

**Si usted es afiliado de este plan**, llame libre de cargos al 1-866-627-8183. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.

**Si usted no es afiliado de este plan**, llame libre de cargos al 1-866-627-8181. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.

### Horario de servicio

Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Después de estos horarios de servicio, puede dejarnos un mensaje de voz para obtener información general sobre sus beneficios. Le devolveremos la llamada en nuestro próximo día laborable.

### Evidencia de cubierta

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

### Directorios del plan

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

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





<Foto>

PENSIONADO DE GOBIERNO  
**MCS CLASSICARE  
TE DA MÁS  
PODER**

MCS Classicare ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)



**\$4,000** anual  
Dental comprensivo  
• Puentes fijos • Implantes



Asistencia en el Hogar mejorado\*  
• "Grooming" para tu mascota  
• Asistencia tecnológica

**Con beneficios exclusivos para ti.**



MCS Classicare  
**TE PAGA**  
La Original  
6363 0110 1234 1234  
Juan del pueblo



Ahora más poderosa que nunca

**\$1,920** anual\*  
(\$160 mensual)  
MCS Classicare ELA MÁXIMO (HMO-POS)

**\$0** Copago  
en visitas a médicos primarios y especialistas



**\$1,000** anual  
Espejuelos

**\$0** Copago  
• Medicamentos genéricos y de marca  
• Insulina  
Medicamentos para disfunción eréctil



**\$3,000** anual  
para audífonos

- ✓ Úsala para lo que necesites
- ✓ **Aportación mensual** y lo que no uses se transfiere al próximo mes

Endoso pagado. Para asistencia en el hogar solo aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el proveedor de servicios. Los servicios están limitados por trimestre y si usted no utiliza la cantidad completa en el trimestre, el balance restante no se acumulará para usarlo durante el próximo trimestre. \*Te Paga, asistencia en el hogar y control de plagas son beneficios suplementarios especiales y no todos los afiliados son elegibles. Para audífonos y espejuelos el afiliado deberá pagar la diferencia si el costo es mayor de lo que el plan cubre. Algunos servicios dentales serán cubiertos cada 5 años. Aprobado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.



## RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS   |
|--|
| <b>PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES</b>  |
| <p><b>Prima mensual del plan</b><br/>Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>  |
| <p><b>Deducible</b><br/>Responsabilidad en cuanto a la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</p> <p>Cantidad máxima de lo que usted paga en copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos obtenidos dentro de la red durante el año.</p>  |
| <b>CUBIERTA DE HOSPITAL</b>  |
| <p><b>Cubierta hospitalaria<sup>1</sup></b></p> <p><b>Servicios de hospital ambulatorio<sup>1</sup></b></p> <p><b>Servicios de observación</b></p> <p><b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1</sup></b></p>   |
| <b>VISITAS A MÉDICOS</b>   |
| <p><b>Proveedores de cuidado primario</b></p> <p><b>Especialistas</b></p> <p><b>Cuidado preventivo</b> (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes) Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.</p> <p><b>Cuidado de emergencia</b></p> <p>Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago 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> |

| MCS CLASSICARE GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)   | MCS CLASSICARE ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)  | MCS CLASSICARE ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)  |
|--|--|--|
| <p><b>Usted paga \$0</b><br/>Este plan está diseñado exclusivamente para pensionados jubilados que no cuentan con aportación patronal para su plan de salud.</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Este plan no tiene deducible</p> <p><b>\$6,700</b> anualmente</p>  | <p><b>Costo del plan: \$100</b><br/><b>Aportación patronal/ Sistema de Retiro: \$100</b><br/><b>Diferencia a pagar por usted: \$0</b></p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Este plan no tiene deducible</p> <p><b>\$6,700</b> anualmente</p>   | <p><b>Costo del plan: \$100</b><br/><b>Aportación patronal/ Sistema de Retiro: \$100</b><br/><b>Diferencia a pagar por usted: \$0</b></p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Este plan no tiene deducible</p> <p><b>\$6,700</b> anualmente</p>   |
| <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 0% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> | <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 0% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> | <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 0% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> |
| <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 0% del costo total</p> <p><b>\$25</b> de copago por visita</p>   | <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 0% del costo total</p> <p><b>\$25</b> de copago por visita</p>   | <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 20% del costo total</p> <p><b>Usted no paga nada</b><br/>Fuera de la Red (POS): 0% del costo total</p> <p><b>\$25</b> de copago por visita</p>   |

1. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### BENEFICIOS

#### Servicios de urgencia

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

Cubierta mundial para emergencias y urgencias<sup>1</sup>

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.

#### SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/ LABORATORIOS/IMÁGENES<sup>1</sup>

##### Pruebas y procedimientos diagnósticos

##### Servicios de laboratorio

##### Radiología diagnóstica (MRI, CT Scan)

##### Rayos X

#### SERVICIOS DE AUDICIÓN

##### Examen de audición cubierto por Medicare

##### Examen de audición rutinario - Uno (1) por año

##### Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) por año

##### Audífonos

#### SERVICIOS DENTALES

##### Servicios cubiertos por Medicare

#### MCS CLASSICARE GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

Usted no paga nada

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Cubierto  
Hasta \$1,500 cada año para  
ambos oídos combinado  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

#### MCS CLASSICARE ELA CRÉDITO RUBÍ (HMO-POS)

Usted no paga nada

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Cubierto  
Hasta \$2,500 cada año para  
ambos oídos combinado  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

#### MCS CLASSICARE ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

Usted no paga nada

\$25 de copago por visita

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Cubierto  
Hasta \$3,000 cada año para  
ambos oídos combinado  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

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



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### BENEFICIOS

#### Servicios dentales preventivos

- Examen oral
- Limpieza
- Tratamiento de fluoruro
- Rayos X

Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.

#### Servicios dentales comprensivos<sup>1</sup>

- Empastes
- Coronas
- Prótesis

#### SERVICIOS DE VISIÓN

Examen de la vista cubierto por Medicare

Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año

Espeuelos

#### SERVICIOS DE SALUD MENTAL<sup>1,2</sup>

Visita hospitalaria

Pueden aplicarse algunas excepciones de preautorización.

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de salud mental hospitalario en un hospital psiquiátrico.

El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiátrica brindados en un hospital general.

Visita ambulatoria para terapia individual  
Visita ambulatoria para terapia grupal

#### BENEFICIOS ADICIONALES

##### EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS<sup>1</sup>

Equipo médico duradero

Prótesis

Suplidos para la diabetes

#### MCS CLASSICARE GOBIERNO AHORRO (HMO-POS)

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Hasta \$2,000 cada año  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Cubierto  
Hasta \$600 cada año  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted paga 0% - 5% del costo  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

#### MCS CLASSICARE ELA CRÉDITO RUBI (HMO-POS)

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Hasta \$3,000 cada año  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Cubierto  
Hasta \$800 cada año  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted paga 0% - 5% del costo  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

#### MCS CLASSICARE ELA ENLACE ACERO (HMO-POS)

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Hasta \$4,000 cada año  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Cubierto  
Hasta \$1,000 cada año  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

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

*[Handwritten signature]*



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### BENEFICIOS

#### PROGRAMAS DE BIENESTAR

Beneficio de salud física (Club Te Paga)

Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medilínea)

#### BENEFICIOS PARA TU BIENESTAR

Exámenes de los pies y tratamiento (Servicios de podiatría)

Reflexología podal

Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)

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 por la cual el paciente accede a consulta no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario.

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 Cubierta* para más detalles.

Servicios adicionales de acupuntura

#### BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS<sup>1</sup>

Transportación para necesidades no médicas

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

Servicios de asistencia en el hogar

Incluye servicios de plomería básica, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, aseo de mascotas, asistencia tecnológica y limpieza / desinfección preventiva del hogar.

Si en un trimestre usted no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.

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

| MCS CLASSICARE<br>GOBIERNO AHORRO<br><small>EMPRESA</small>   | MCS CLASSICARE<br>ELA CREDITO RUBÍ<br><small>EMPRESA</small>  | MCS CLASSICARE<br>ELA ENLACE ACERO<br><small>EMPRESA</small>  |
|---|---|---|
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total   | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total   | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total   |
| Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas por año<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto                              | Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas por año<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                              | Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas por año<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                              |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  |
| Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales por año<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto                  | Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales por año<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                  | Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales por año<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                  |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto  |
| Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas por año<br>(máximo 3 por trimestre)<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto | Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas por año<br>(máximo 3 por trimestre)<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto | Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas por año<br>(máximo 3 por trimestre)<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |

*[Handwritten signature]*



## RESUMEN DE BENEFICIOS



BENEFICIOS

**Tarjeta Te Paga<sup>3</sup>**

La tarjeta Te Paga ahora más poderosa y con beneficios exclusivos para ti.

- No te cuenta como ingreso
- Aportación mensual que no uses se transfiere al próximo mes
- Úsala para lo que necesites
- Paga **TODOS** tus artículos OTC

---

**OTROS BENEFICIOS**

**Reducción a la prima de la parte B**

Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente.

**Centro de cuidado de enfermería diestra<sup>1</sup>**

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. 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 Cubierta* o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.

**Ambulancia (ambulancia aérea<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.

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.

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

---

**Medicamentos de quimioterapia**

---

**Otros medicamentos de la Parte B**

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

| MCS CLASSICARE<br>GOBIERNO AHORRO<br><small>(HMO/POS)</small>  | MCS CLASSICARE<br>ELA CREDITO RUBI<br><small>(HMO/POS)</small>   | MCS CLASSICARE<br>ELA ENLACE ACERO<br><small>(HMO/POS)</small>   |
|--|--|--|
| <p><b>\$480 anualmente</b><br/>(\$40 mensualmente)</p> <p>Fuera de la Red (POS):<br/>No está cubierto</p>  | <p><b>\$1,200 anualmente</b><br/>(\$100 mensualmente)</p> <p>Fuera de la Red (POS):<br/>No está cubierto</p>   | <p><b>\$1,440 anualmente</b><br/>(\$120 mensualmente)</p> <p>Fuera de la Red (POS):<br/>No está cubierto</p>   |
| <p><b>\$0</b></p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Hasta 18 viajes de ida o vuelta<br/>cada año<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>No está cubierto</p> <p>Usted paga 5% del costo total<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted paga 0% - 10% del costo total<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> | <p><b>\$40</b></p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Hasta 18 viajes de ida o vuelta<br/>cada año<br/>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted paga 0% - 5% del costo total<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> | <p><b>\$0</b></p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Hasta 32 viajes de ida o vuelta<br/>cada año<br/>Fuera de la red (POS):<br/>No está cubierto</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> <p>Usted no paga nada<br/>Fuera de la Red (POS):<br/>20% del costo total</p> |

*[Handwritten signature]*



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### BENEFICIOS

#### PRIMA, DEDUCIBLE Y LÍMITES

##### Prima mensual del plan

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

##### Deducible

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

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

#### CUBIERTA DE HOSPITAL

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

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

##### Servicios de observación

##### Centro de cirugía ambulatoria<sup>1</sup>

#### VISITAS A MÉDICOS

##### Proveedores de cuidado primario

##### Especialistas

Cuidado preventivo (por ej. vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabetes) Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato se cubrirá.

##### Cuidado de emergencia

Si es hospitalizado dentro de 24 horas, usted no tiene que pagar su parte del copago por el cuidado de emergencia.

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.

#### MCS CLASSICARE ELA TE AYUDA (HMO-POS)

Costo del plan: \$100  
Aportación patronal/ Sistema de Retiro: \$100  
Diferencia a pagar por usted: \$0

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

\$25 de copago por visita

#### MCS CLASSICARE ELA MÁXIMO (HMO-POS)

Costo del plan: \$100  
Aportación patronal/ Sistema de Retiro: \$100  
Diferencia a pagar por usted: \$0

Usted no paga nada  
Este plan no tiene deducible

\$6,700 anualmente

Usted paga \$50 de copago  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total  
\$50 de copago por visita  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
\$10 de copago por visita  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total  
Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
0% del costo total

\$75 de copago por visita

1. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.



## RESUMEN DE BENEFICIOS

| BENEFICIOS   | MCS CLASSICARE<br>ELA TE AYUDA<br><small>(HMO/POS)</small>   | MCS CLASSICARE<br>ELA MÁXIMO<br><small>(HMO/POS)</small>   |
|--|--|--|
| <b>Servicios de urgencia</b><br>Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar para el cuidado post-estabilización. Contacte al plan para detalles.<br>Cubierta mundial para emergencias y urgencias <sup>1</sup><br>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. | Usted no paga nada   | \$10 de copago por visita  |
| <b>SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/ LABORATORIOS/IMÁGENES<sup>1</sup></b>   | \$25 de copago por visita  | \$75 de copago por visita  |
| <b>Pruebas y procedimientos diagnósticos</b>   | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted paga 20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                              |
| <b>Servicios de laboratorio</b>  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted paga 20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                              |
| <b>Radiografía diagnóstica (MRI, CT Scan)</b>  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted paga 20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                              |
| <b>Rayos X</b>   | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted paga 20% del costo total<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total                              |
| <b>SERVICIOS DE AUDICIÓN</b>   |  |  |
| <b>Examen de audición cubierto por Medicare</b>  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| <b>Examen de audición rutinario - Uno (1) por año</b>  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| <b>Evaluación/ajuste para audífono(s) - Uno (1) por año</b>  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| <b>Audífonos</b>   | Cubierto<br>Hasta \$2,000 cada año para ambos oídos combinado.<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total | Cubierto<br>Hasta \$800 cada año para ambos oídos combinado.<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total |
| <b>SERVICIOS DENTALES</b>  |  |  |
| <b>Servicios cubiertos por Medicare</b>  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  |

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

*[Handwritten signature]*



## RESUMEN DE BENEFICIOS



| BENEFICIOS   | MCS CLASSICARE<br>ELA TE AYUDA<br><small>(HMO/POS)</small>  | MCS CLASSICARE<br>ELA MÁXIMO<br><small>(HMO/POS)</small>  |
|--|---|---|
| <b>Servicios dentales preventivos</b><br>- Examen oral<br>- Limpieza<br>- Tratamiento de fluoruro<br>- Rayos X<br><br>Los servicios preventivos no tienen máximo de cubierta.  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total   | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total   |
| <b>Servicios dentales comprensivos<sup>1</sup></b><br>- Empastes<br>- Coronas<br>- Prótesis  | Usted no paga nada<br>Hasta \$2,500 cada año<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total   | Usted no paga nada<br>Hasta \$1,500 cada año<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total   |
| <b>SERVICIOS DE VISIÓN</b><br><br>Examen de la vista cubierto por Medicare<br><br>Examen rutinario para la visión - Uno (1) por año  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total<br><br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total<br><br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| Espejuelos   | Cubierto<br>Hasta \$800 cada año<br>Fuera de la red (POS):<br>0% del costo total  | No cubierto   |
| <b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL<sup>1,2</sup></b><br>Visita hospitalaria<br><br>Pueden aplicarse algunas excepciones de preautorización.<br><br>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de salud mental hospitalario en un hospital psiquiátrico.<br><br>El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de hospitalización psiquiátrica brindados en un hospital general. | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total   | Usted paga \$50 de copago<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total  |
| Visita ambulatoria para terapia individual<br>Visita ambulatoria para terapia grupal   | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total   | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total   |
| <b>BENEFICIOS ADICIONALES</b><br><b>EQUIPO MÉDICO/SUMINISTROS<sup>1</sup></b><br><br>Equipo médico duradero<br><br>Prótesis<br><br>Suplidos para la diabetes   | Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total<br><br>Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total<br><br>Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total<br><br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total<br><br>Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>20% del costo total |

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



## RESUMEN DE BENEFICIOS

| BENEFICIOS  |
|---|
| <b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b>   |
| Beneficio de salud física (Club Te Paga)  |
| Línea telefónica directa de enfermería (MCS Medlines)   |
| <b>BENEFICIOS PARA TU BIENESTAR</b>   |
| 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 por la cual el paciente accede a consulta no puede ser atendida por medio de esta plataforma, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario.   |
| Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono celular, computadora o tableta. No aplica para servicios fuera de la plataforma contratada. Refiérase a su <i>Evidencia de Cubierta</i> para más detalles.  |
| Servicios adicionales de acupuntura   |
| <b>BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS CRÓNICOS<sup>1</sup></b>  |
| Transportación para necesidades no médicas  |
| Los viajes que utilice para gestiones no médicas van contra el mismo límite de viajes de transportación regular.  |
| Servicios de asistencia en el hogar   |
| Incluye servicios de plomería básica, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, aseo de mascotas, asistencia tecnológica y limpieza / desinfección preventiva del hogar.  |
| Si en un trimestre usted no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarla durante el próximo trimestre.   |

| MCS CLASSICARE<br>ELA TE AYUDA<br>(HMO/POS)  | MCS CLASSICARE<br>ELA MÁXIMO<br>(HMO/POS)  |
|--|--|
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto   | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto   |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto   | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto   |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total  | \$10 de copago por visita<br>Fuera de la Red (POS):<br>20% del costo total   |
| Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas por año<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto                           | Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas por año<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto                           |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto   | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto   |
| Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales por año<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto               | Usted no paga nada<br>Seis (6) visitas adicionales por año<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto               |
| Usted no paga nada<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto   | Usted no paga nada<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto   |
| Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas por año (máximo 3 por trimestre)<br>Fuera de la Red (POS):<br>No está cubierto | Usted no paga nada<br>Doce (12) visitas por año (máximo 3 por trimestre)<br>Fuera de la red (POS):<br>No está cubierto |

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

*[Handwritten signature]*



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### BENEFICIOS



Tarjeta Te Paga<sup>3</sup>

La tarjeta Te Paga ahora más poderosa y con beneficios exclusivos para ti.

- No te cuenta como ingreso
- Aportación mensual que no uses se transfiere al próximo mes
- Úsala para lo que necesites
- Paga **TODOS** tus artículos OTC.

#### OTROS BENEFICIOS

Reducción a la prima de la parte B

Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente.

Centro de cuidado de enfermería diestra<sup>1</sup>

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. 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 Cubierta o contacte al plan para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.

Ambulancia (ambulancia aérea<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.

Ciertas reglas y requisitos del plan pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.

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

Medicamentos de quimioterapia

Otros medicamentos de la Parte B

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

### MCS CLASSICARE ELA TE AYUDA (HMO-POS)

\$600 anualmente  
(\$50 mensualmente)

Fuera de la Red (POS):  
No está cubierto

\$101

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Hasta 16 viajes de ida o vuelta cada año  
Fuera de la Red (POS):  
No está cubierto.

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

### MCS CLASSICARE ELA MAXIMO (HMO-POS)

\$1,920 anualmente  
(\$160 mensualmente)

Fuera de la Red (POS):  
No está cubierto

\$0

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

Usted no paga nada  
Hasta 12 viajes de ida o vuelta cada año.  
Fuera de la Red (POS):  
No está cubierto

Usted paga 5% del costo total  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total

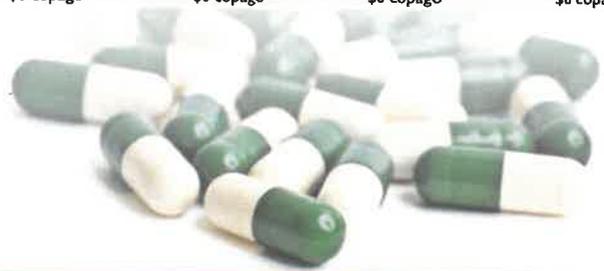
Usted paga 0% - 10% del costo total  
Fuera de la Red (POS):  
20% del costo total



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### MEDICAMENTOS RECETADOS

| ETAPA  | NIVEL DE MEDICAMENTOS   | MCS CLASSICARE<br>GOBIERNO AHORRO<br>(P-MO-PCS) | MCS CLASSICARE<br>ELA CRÉDITO RUBÍ<br>(P-MO-PCS) | MCS CLASSICARE<br>ELA ENLACE ACERO<br>(P-MO-PCS) | MCS CLASSICARE<br>ELA TE AYUDA<br>(P-MO-PCS) | MCS CLASSICARE<br>ELA MÁXIMO<br>(P-MO-PCS) |
|--|---|---|--|--|--|--|
| <b>DEDUCIBLE</b>   | Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.   | N/A   | N/A  | N/A  | N/A  | N/A  |
| <b>COBERTURA INICIAL</b>   | <b>COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)</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 (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen \$4,430. | Nivel 1 - Genéricos preferidos  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   | \$0 copago                                 |
|  | Nivel 2 - Genéricos   | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   | \$2 copago                                 |
|  | Nivel 3 - Marca preferida   | \$0 copago                                      | \$4 copago                                       | \$0 copago                                       | \$2 copago                                   | \$10 copago                                |
|  | Nivel 4 - Marca no preferida  | \$5 copago                                      | \$8 copago                                       | \$0 copago                                       | \$4 copago                                   | \$20 copago                                |
|  | Nivel 5 - Medicamentos especializados   | 25% coaseguro                                   | 25% coaseguro                                    | 25% coaseguro                                    | 25% coaseguro                                | 33% coaseguro                              |
|  | Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   | \$0 copago                                 |
|  | <b>COSTO COMPARTIDO ESTÁNDAR AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)</b>   |   |  |  |  |  |
|  | Nivel 1 - Genéricos preferidos  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   | \$0 copago                                 |
|  | Nivel 2 - Genéricos   | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   | \$6 copago                                 |
|  | Nivel 3 - Marca preferida   | \$0 copago                                      | \$12 copago                                      | \$0 copago                                       | \$6 copago                                   | \$30 copago                                |
|  | Nivel 4 - Marca no preferida  | \$15 copago                                     | \$24 copago                                      | \$0 copago                                       | \$12 copago                                  | \$60 copago                                |
|  | Nivel 5 - Medicamentos especializados   | No se ofrece                                    | No se ofrece                                     | No se ofrece                                     | No se ofrece                                 | No se ofrece                               |
| Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes   | \$0 copago  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   |  |
| <b>COSTO COMPARTIDO PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)</b>  |   |   |  |  |  |  |
| Nivel 1 - Genéricos preferidos   | \$0 copago  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   |  |
| Nivel 2 - Genéricos  | \$0 copago  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$4 copago                                   |  |
| Nivel 3 - Marca preferida  | \$0 copago  | \$8 copago                                      | \$0 copago                                       | \$4 copago                                       | \$20 copago                                  |  |
| Nivel 4 - Marca no preferida   | \$10 copago   | \$16 copago                                     | \$0 copago                                       | \$8 copago                                       | \$40 copago                                  |  |
| Nivel 5 - Medicamentos especializados  | No se ofrece  | No se ofrece                                    | No se ofrece                                     | No se ofrece                                     | No se ofrece                                 |  |
| Nivel 6 - Medicamentos selectos para la diabetes   | \$0 copago  | \$0 copago                                      | \$0 copago                                       | \$0 copago                                       | \$0 copago                                   |  |
| <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 \$4,430, usted pagará los mismos copagos mencionados anteriormente para los Niveles 1, 2 y 6 y no más de 25% coaseguro para medicamentos de marca. Usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$7,050.  |   |  |  |  |  |
| <b>CUBIERTA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS</b>   | Luego que los costos que paga de su bolsillo por medicamentos (incluyendo medicamentos comprados a través de farmacias al por menor y a través de pedido por correo) lleguen a un total de \$7,050, usted paga el monto que sea mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>5% coaseguro, o</li> <li>\$3.25 copago para un medicamento genérico (incluyendo un medicamento que se trata como genérico) y \$9.25 copago para todos los demás medicamentos.</li> </ul> |   |  |  |  |  |



El costo compartido puede cambiar según el punto de servicio (pedido por correo, al por menor, cuidado a largo plazo, infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar o si la receta es a corto plazo (30 suministro de días) o largo plazo (suministro de 90 días). Por favor vea su *Evidencia de Cubierta* para obtener más detalles.



## SERVICIOS DE INTÉRPRETE MULTILENGUAJE

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

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

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

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

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

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

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

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

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) पर कॉल करें।

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

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

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

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

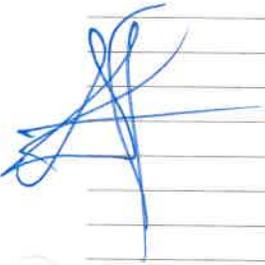
**Japonés:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) まで、お電話にてご連絡ください。

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

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



NOTAS



NOTAS



# Salud Completa

**MCS** Classicare  
PENSIONADO DE GOBIERNO (HMO)



**1.866.627.8183**

(Libre de Costo)

**1.866.627.8182**

TTY (Audioimpedidos)

Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.

H5577\_246S0921\_M

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

@MCSPuertoRico