

MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS) ofrecido por MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en www.mcsclearcare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluso las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Considere cuánto pagará en primas, deducibles y costo compartido.
 - Revise los cambios en la lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que consume siguen teniendo cobertura.
 - Compare la información del plan de 2024 con la información del plan de 2025 para determinar si alguno de estos medicamentos se está moviendo a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a restricciones diferentes, por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad para el año 2025.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.

Revise si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas que tienen ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.

Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el *Medicare Plan Finder* (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o consulte la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para recibir ayuda adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto cancelará su inscripción en el plan MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente a o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan separado para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante los dos meses posteriores a la mudanza.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese al número de nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Atendemos 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. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, braille y audio CD. Por favor llame a nuestro Centro de Llamadas a los números de teléfono mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying**

Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)

- MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).

H5577_6300924_M

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de los costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).....	14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	18
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)	18
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

Resumen de los costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	<p>Costo del plan: \$100</p> <p>Aportación patronal/Sistema de Retiro: \$100</p> <p>Diferencia a pagar por usted: \$0</p>	<p>Costo del plan: \$100</p> <p>Aportación patronal/Sistema de Retiro: \$100</p> <p>Diferencia a pagar por usted: \$0</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$6,700</p>	<p>\$6,700</p>
<p>Visitas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita</p> <p>Dentro de la red: Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas a especialistas: 20% de coseguro por visita</p>	<p>Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita</p> <p>Dentro de la red: Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas a especialistas: 20% de coseguro por visita</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red: \$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% de coseguro por cada estadía de hospital</p>	<p>Dentro de la red: \$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% de coseguro por cada estadía de hospital.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 3: \$2 de copago • Medicamentos del Nivel 4: \$4 de copago • Medicamentos del Nivel 5: 25% de coseguro • Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 3: \$2 de copago • Medicamentos del Nivel 4: \$4 de copago • Medicamentos del Nivel 5: 25% de coseguro • Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	beneficio mejorado. Usted no paga nada.	mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (año próximo)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la parte B de Medicare.)	Costo del plan: \$100 Aportación patronal/Sistema de Retiro: \$100 Diferencia a pagar por usted: \$0	Costo del plan: \$100 Aportación patronal/Sistema de Retiro: \$100 Diferencia a pagar por usted: \$0
Reducción de la prima de la Parte B (Su prima mensual de la Parte B se reduce según las cantidades que se muestran.)	\$101	\$101

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 que se relaciona con la "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.mcsclearicare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para obtener información actualizada de proveedores y/o farmacias, o bien, para solicitarnos que le enviemos el *directorio* por correo, el cual debemos enviar dentro de tres días laborables.

Hay cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025*** www.mcsclearicare.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025*** en www.mcsclearicare.com para ver cuáles farmacias están en nuestra red.

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a medio año le afecta, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas para que podamos ayudar.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (Servicios de Telesalud)	La Capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo los Servicios de Telesalud.	La Capacitación para el autocontrol de la diabetes <u>no</u> está cubierta bajo los Servicios de Telesalud.
Autorizaciones Previas Servicios dentales (Algunos Rayos X o Tomografías Computarizadas) Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros (Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros)	Dentro y fuera de la red (POS): <u>No</u> se requiere autorización previa. <u>No</u> se requiere autorización previa.	Dentro y fuera de la red (POS): Se requiere autorización previa. Se requiere autorización previa.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Le brindamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecerle la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará a su acceso a un

medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar cuáles son sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con nuestro Centro de Llamadas para más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica del medicamento del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realicemos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA en: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con nuestro Centro de Llamadas o pedir más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. En el marco del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de

descuentos del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (año próximo)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando surte sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la "Lista de medicamentos". Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos".</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los productos biológicos y los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos

cubiertos de la Parte D, ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para conocer la información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare	No se aplica	<p>El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre).</p> <p>Para saber más acerca de esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-627-8183 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)

Para continuar con nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 31 de diciembre, será inscrito automáticamente en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo pero si desea cambiar de plan en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el *Medicare Plan Finder* (Buscador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-compare; consulte *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Le recordamos que, MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, será desafiliado de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente será desafiliado de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarle. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.
 - *O* comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que le desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo **desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las

personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Usted puede cambiar su cobertura de Medicare para el próximo año durante su periodo de afiliación abierto. Para más información sobre las reglas de elegibilidad de su plan de patrono, comuníquese con su administrador de beneficios.

Si se mudó recientemente a, o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede modificar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante los dos meses posteriores a la mudanza.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de gobierno independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga relacionados con Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud al 1-877-725-4300 (Área Metropolitana), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) ó al 1-800-981-7735 (Área de Ponce). Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud en su sitio web (<https://agencias.pr.gov/agencias/oppea/educacion/Pages/ship.aspx>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán multa por inscripción tardía. Para saber

si reúne los requisitos, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible al ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Programa Ryan White Parte B / Programa ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Programa Ryan White Parte B / Programa ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico al 787-765-2929, exts. 5103, 5136 ó 5137. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
 - **El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que le ayudará a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura para medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

“Ayuda adicional” de Medicare y ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para saber más sobre esta opción de pago, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (área Metro), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (incluye detalles de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2025 para MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.mcsclassicare.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las Calificaciones de calidad Stars para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare disponibles en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de

Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.