

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) ofrecido por MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). 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.**

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) – Región 2 - está disponible solo para los afiliados que viven en esta área de servicio del plan, la cual incluye estos municipios: Adjuntas, Barceloneta, Cabo Rojo, Ciales, Corozal, Florida, Guánica, Hormigueros, Jayuya, Lajas, Lares, Las Marías, Manatí, Maricao, Morovis, Orocovis, Sabana Grande, San Germán, Vega Alta, Vega Baja y Yauco.

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.mcsclassicare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

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 obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para hablar con un consejero 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 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto cancelará su inscripción en el plan MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
- Consulte en la Sección 2.2, página 15 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 Platino Máximo (HMO D-SNP)

- MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - 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 Platino Máximo (HMO D-SNP).
-

H5577_0620624_M

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias	8
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.....	12
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).....	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	18
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).....	18
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	19

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y de 2025 para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita
Hospitalizaciones para pacientes internados	\$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria	\$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos Cubiertos: \$0 Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada 	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos Cubiertos: \$0 Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>más</u> que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>(Consulte Sección 1.2 para obtener más información.)</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable del pago de los costos de bolsillo que se apliquen hacia el monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable del pago de los costos de bolsillo que se apliquen hacia el monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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 a menos que la pague Medicaid.)	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B (Su prima mensual de la Parte B se reduce según las cantidades que se muestran.)	\$100	\$100

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>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</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. Los costos por medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

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)
<p>Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC)</p>	<p>Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC) no estaban mencionados por separado en la Evidencia de cobertura 2024. Estaban cubiertos bajo el beneficio de la Tarjeta Te Paga.</p>	<p>Usted es elegible para \$160 todos los meses (\$1,920 anuales) a fin de comprar artículos fuera del recetario (OTC).</p> <p>Su beneficio de OTC es combinado con su Tarjeta Te Paga. Usted podrá utilizar su Tarjeta Te Paga para sus OTC y artículos adicionales.</p> <p>Al final del año póliza, el plan no proporcionará el balance restante de su beneficio.</p>
<p>Modelo de diseño de seguro basado en el valor de Medicare Advantage (VBID, por sus siglas en inglés) (Antes "Beneficios complementarios especiales" en su Evidencia de cubierta)</p>	<p>La Tarjeta Te Paga, Asistencia en el hogar y la Transportación para necesidades no médicas aparecen bajo "Beneficios complementarios especiales" en la Tabla de Beneficios Médicos, Capítulo 4, de su Evidencia de cubierta.</p>	<p>La Tarjeta Te Paga, Asistencia en el hogar y la Transportación para necesidades no médicas aparecen bajo "Modelo de diseño de seguro basado en el valor de Medicare Advantage (VBID)" en la Tabla de Beneficios Médicos, Capítulo 4, de su Evidencia de cubierta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (Servicios de Telesalud)</p>	<p>La Capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo los Servicios de Telesalud.</p>	<p>La Capacitación para el autocontrol de la diabetes <u>no</u> está cubierta bajo los Servicios de Telesalud.</p>
<p>Autorizaciones Previas</p>		
<p>Servicios dentales (Algunos Rayos X o Tomografías Computarizadas)</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros (Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros)</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Referidos</p>		
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados</p>	<p>Ciertos servicios o artículos requieren referido de su PCP a través del Formulario de Referido/autorización.</p>	<p>El Formulario <u>no</u> aplica.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p>Ciertos servicios o artículos requieren referido de su PCP a través del Formulario de Referido/autorización.</p>	<p>El Formulario <u>no</u> aplica.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</p>	<p>Ciertos servicios o artículos requieren referido de su PCP a través del Formulario de Referido/autorización.</p>	<p>El Formulario <u>no</u> aplica.</p>

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 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 agregar nuevas restricciones.

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 (próximo año)
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</p> <p>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>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red . Para obtener más información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos bajo la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez usted haya pagado \$2,000 en costos fuera de su bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (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.

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 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

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 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

Sección 2.2 – 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.

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 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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 diferente de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
- 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 Platino Máximo (HMO D-SNP).
- 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* puede llamar a **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.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 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 **15 de octubre hasta el 7 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.

Debido a que usted tiene Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un nuevo plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes incluyendo:

- Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta,
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta (Si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática, o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que provee su Medicare y la mayoría o todo de sus beneficios de Medicaid y servicios en un solo plan.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025, y no le gusta su opción de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 atender 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>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios del Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid contacte al Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid al 1-787-641-4224, 787-625-6955 (TTY/TDD), lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Puede consultar cómo se vería afectada la forma en que recibe su cobertura con el Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid si se inscribe en otro plan o vuelve a Medicare Original.

SECCIÓN 5 **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.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que se denomina también Low Income Subsidy (Subsidio por bajos ingresos). Esta ayuda adicional paga algunas primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Al reunir los requisitos, usted no tiene interrupción de la cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta con respecto a la "Ayuda adicional", llame a:
 - 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 a.m. a 7 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.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

¿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 Platino Máximo (HMO D-SNP). 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.mcsciclassicare.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.mcsciclassicare.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 6.2 – 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.

Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid al 1-787-641-4224. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 787-625-6955.