

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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 1 de octubre - 31 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.medicare.gov o revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre costos, beneficios y reglas, consulte la Evidencia de cobertura. Obtenga una copia en www.mcsclassicare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-866-627-8183 (Usuarios de TTY llamen al 1-866-627-8182) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible de manera gratuita en inglés.
- Los servicios de asistencia lingüística y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles de forma gratuita para proporcionar información en formatos accesibles. Consulte el Aviso de Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adjuntos.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener más información. El horario de atención es 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. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, braille y audio CD. Por favor llame a Servicios para los miembros a los números de teléfono mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.

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

- MCS Classicare es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento 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).

- **Si no hace nada antes del 31 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H5577_0470625_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	14
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	20
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	21
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	21
SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	23
Reciba ayuda de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)	23
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.	24
Reciba ayuda de Medicare	24

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Vaya a la Sección 1.1 para conocer los detalles.	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
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$6,700	\$6,700
Visitas en el consultorio del médico	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas de atención primaria: 20% de coseguro por visita
Visitas a la oficina del especialista	Dentro de la red: Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas a especialistas: 20% de coseguro por visita	Dentro de la red: Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas a especialistas: 20% de coseguro por visita

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalizaciones Incluye los servicios agudos, de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital por orden de un médico. El día previo a que se le dé de alta es su último día como paciente internado.	Dentro de la red: \$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% de coseguro por cada estadía de hospital	Dentro de la red: \$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 20% de coseguro por cada estadía de hospital.
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección Sección 1.6 para conocer los detalles).	Deducible: \$0	Deducible: \$0
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte Sección 1.6 para obtener detalles, incluyendo deducible anual, las Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - 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 5: Usted paga \$35 por un suministro de	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago - Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago - Medicamentos del Nivel 3: \$2 de copago Usted paga \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: - Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	- Medicamentos del Nivel 4: \$4 de copago Usted paga \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Medicamentos del Nivel 5: 25% de coseguro - Medicamentos del Nivel 5: Usted paga no más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: - Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1

Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (año próximo)
Prima mensual del plan (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

Factores que podrían modificar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: 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.
- Recargo por ingresos más elevados: 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.
- Ayuda adicional: Su prima mensual del plan será menor si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre 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 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 calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo 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 nuestro plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,700	\$6,700 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 sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 www.mcsclassicare.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Para obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-627-8183 (usuarios de TTY:1-866-627-8182) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al1-866-627-8182) para que podamos ayudarle. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de cobertura.

Sección 1.4 Cambios en la red de 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, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el Directorio de farmacias para 2026 de www.mcsclassicare.com para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para que podamos ayudarlo.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) Tarjeta Te Paga Asistencia en el Hogar Transportación para necesidades no médicas	Para ser elegible a beneficios adicionales usted debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad previamente mencionados. Además, la lista de condiciones crónicas elegibles es:	Para ser elegible a beneficios adicionales usted debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad previamente mencionados. La lista de condiciones crónicas elegibles es:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Dependencia crónica al alcohol y otras drogas; Trastornos de autoinmunidad; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; Enfermedad del hígado en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos del pulmón crónicos; Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes; Trastorno neurológico; Accidentes cerebrovasculares; Enfermedad de Crohn; Colitis ulcerosa; Anemia crónica; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); Retraso mental severo; Autismo moderado a severo; Hipertensión; Enfermedad cardíaca valvular; Trastorno cerebrovascular; Hepatitis viral crónica; Enfermedad crónica del hígado; Enfermedad neurodegenerativa; Obesidad; Malnutrición crónica o caquexia; Enfermedad renal crónica; Úlcera crónica sin presión.	Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (TCS, SUDs, por sus siglas en inglés); Trastornos de autoinmunidad; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes mellitus; Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos del pulmón crónicos; Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes; Trastorno neurológico; Accidentes cerebrovasculares; Anemia crónica; Hipertensión crónica; Trastorno cerebrovascular; Malnutrición crónica; Enfermedad Renal Crónica (ERC, CKD, por sus siglas en inglés); Úlcera crónica sin presión; Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo; Condiciones con desafíos funcionales; Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; Condiciones que requieren servicios continuos de terapia para que las personas mantengan o retengan el funcionamiento; Inmunodeficiencia y trastornos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		inmunosupresores; Enfermedad gastrointestinal crónica; Postrasplante de órganos; Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC)	Usted es elegible a \$65 todos los meses (\$780 anuales) a usarse para la compra de productos fuera del recetario (OTC). Los miembros elegibles pueden utilizar su aportación para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. Todos los demás afiliados deben utilizar su aportación solo para la compra de Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC).	Usted es elegible para \$45 todos los meses (\$540 anuales) a fin de comprar artículos fuera del recetario (OTC). Los miembros elegibles a los Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) pueden utilizar su aportación para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. Todos los demás afiliados deben utilizar su aportación solo para la compra de Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC). Al final del año póliza, el plan no proporcionará el balance restante de su beneficio.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Tarjeta Te Paga	Los miembros elegibles pueden utilizar su aportación de OTC (\$65 mensuales, \$780 anuales) para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. Todos los demás afiliados deben utilizar su aportación solo para la compra de Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC).	Los miembros elegibles a SSBCI pueden utilizar su aportación de OTC (\$45 mensuales, \$540 anuales) para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. Todos los demás afiliados deben utilizar su aportación solo para la compra de Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC). Al final del año póliza, el plan no proporcionará el balance restante de su beneficio. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para más información acerca de los servicios y artículos disponibles para la compra con su Tarjeta Te Paga.
Servicios dentales Servicios dentales comprensivos	Dentro y fuera de la red (POS): Hasta \$3,000 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.	Dentro y fuera de la red (POS): Hasta \$2,000 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.
Servicios auditivos		

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Audífonos	Los audífonos están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos. Hasta \$700 cada año.	Los audífonos están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos. Hasta \$500 cada año.
Atención de la vista Artículos de la vista de rutina adicionales	Dentro y fuera de la red (POS): Los artículos de la vista de rutina adicionales están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audición. Hasta \$700 cada año.	Dentro y fuera de la red (POS): Los artículos de la vista de rutina adicionales están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audición. Hasta \$500 cada año.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales - Servicios dentales comprensivos - Servicios de implantes	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago. Los implantes están cubiertos una (1) vez, por diente de por vida.	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago. Los implantes están cubiertos una (1) vez, por diente de por vida, hasta un máximo de tres (3) implantes por afiliado por año póliza. Esta limitación impacta los siguientes servicios: • Coronas: Las coronas relacionadas con implantes, se cubrirán hasta un máximo de tres (3) coronas sobre implantes por afiliado por año póliza. • Prótesis: Las restauraciones de prótesis (removible y fijas) implantosoportadas están limitadas hasta un máximo de tres (3) implantes por afiliado por año póliza. Refiérase a su Evidencia de cubierta 2026 para más detalles.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará 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 al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 1-866-627-8182) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe usted Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

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

Etapas de pago del medicamento

Existen **3 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 ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapas:**

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no aplica para usted.

- **Etapla 2: Cobertura inicial**

Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales anuales de su bolsillo alcancen \$2,100.

• **Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas**

Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. Conforme al 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 cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por medicamentos con receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre el costo de las vacunas o de un suministro a largo plazo o para medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Nivel 2: Medicamentos genéricos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga \$2. Los productos de insulina <u>no</u> están cubiertos en este nivel.	Usted paga \$2. Usted paga \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Los productos de insulina están cubiertos en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 4: Medicamentos no preferidos Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga \$4. Los productos de insulina <u>no</u> están cubiertos en este nivel.	Usted paga \$4. Usted paga \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Los productos de insulina están cubiertos en este nivel.
Nivel 5: Medicamentos especializados Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Usted paga 25% del costo total. Los medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga 25% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.
Nivel 6: Medicamentos de cuidado especial Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente,	Usted paga \$0.	

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
búsquelos en la Lista de medicamentos.		

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 2

Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
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 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). Es posible que usted esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para saber más acerca de esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-627-8183 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3

Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original para el 31 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).

Si quiere cambiar de planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).
- **Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta,** inscríbese en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS).

- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You* 2026 (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que, MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes cubiertas y cantidades de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre – 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura separada para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin un plan separado de

medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

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.

SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos 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 sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. De igual manera, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - 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 para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda 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 está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-787-765-2929, exts. 5103, 5136 o 5137.

Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su del Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).**

Estamos a su disposición para llamadas telefónicas 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 para 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2026 para MCS Classicare ELA Te Ayuda (HMO-POS). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183

(los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite** www.mcsclassicare.com

Nuestro sitio web, puede encontrar 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).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program).

Llame a Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) al 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) o al 1-800-981-7735 (Área de Ponce). Conozca más de Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) visitando <https://www.oppea.pr.gov/>.

Reciba ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Platique en vivo con** www.Medicare.gov

Puede platicar en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a Medicare PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite** www.Medicare.gov

El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las

calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

El manual *Medicare & You 2026* se envía por correo cada otoño 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. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.