

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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

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

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.medicare.gov o consulte la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en 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 Platino Máximo (HMO D-SNP)

- 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. Nuestro plan

también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- 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 Platino Máximo (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H5577_0420625_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 6

 Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 6

 Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 6

 Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7

 Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 8

 Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

 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 Cómo cambiar de plan 17

 Sección 2.1 Plazos para cambiar de planes 18

 Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 18

SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta 19

SECCIÓN 4 ¿Preguntas? 20

 Reciba ayuda de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) 20

 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare. 20

 Reciba ayuda de Medicare 21

 Reciba ayuda de Medicaid 22

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Vaya a la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$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 1.2 para conocer los detalles).	\$3,400 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.	\$3,400 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.
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita
Visitas a la oficina del especialista	Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita	Visitas a especialistas: \$0 de copago 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.	\$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria	\$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria
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 la Sección 1.6 para obtener detalles, incluyendo deducible anual, las Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos cubiertos: \$0 Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos cubiertos: \$0 Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

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 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	\$80

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 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. 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 tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400	\$3,400 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 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 al 1-866-627-8182) 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

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) (Anteriormente "Modelo de diseño de seguro basado en el valor de Medicare Advantage (VBID, por sus siglas en inglés)" en su Evidencia de Cubierta) Tarjeta Te Paga Asistencia en el Hogar Transportación para necesidades no médicas	Usted tiene los beneficios de la tarjeta Te Paga, servicios de asistencia en el hogar y transportación para necesidades no médicas bajo el Modelo de diseño de seguro basado en el valor de Medicare Advantage (VBID, por sus siglas en inglés).	Para ser elegible a la tarjeta Te Paga, servicios de asistencia en el hogar y transportación para necesidades no médicas, usted debe cumplir con los requisitos establecidos bajo los Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés). Estos requisitos son: Tener una o más condiciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro su vida o limitan significativamente su salud o su funcionamiento en general. Además, usted debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y debe requerir

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		coordinación intensa de cuidado. Refiérase a su Evidencia de cubierta o contáctenos para la lista de condiciones médicas y criterios de elegibilidad. En el caso de la tarjeta Te Paga, los afiliados que cumplen con los requisitos de SSBCI, pueden utilizar su aportación de OTC para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su tarjeta Te Paga. Refiérase a su Evidencia de Cobertura para información sobre lo que puede comprar con su tarjeta Te Paga. Todos los demás afiliados deben utilizar su aportación solo para la compra de OTC.
Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC)	Usted es elegible a \$160 todos los meses (\$1,920 anuales) a usarse para la compra de productos fuera del recetario (OTC).	Usted es elegible para \$145 todos los meses (\$1,740 anuales) a fin de comprar artículos fuera del recetario (OTC).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		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.
Tarjeta Te Paga	Los miembros pueden utilizar su aportación de OTC (\$160 mensuales, \$1,920 anuales) para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga.	Los miembros elegibles a SSBCI pueden utilizar su aportación de OTC (\$145 mensuales, \$1,740 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).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		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 auditivos Audífonos	Los audífonos están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos. Hasta \$750 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	Los artículos de la vista de rutina adicionales están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audición. Hasta \$750 cada año.	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	Usted paga \$0 de copago. Los implantes están cubiertos una (1) vez, por diente de por vida.	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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud Laboratorios y laboratorios de alta tecnología	<u>No</u> incluidos para 2025.	Los siguientes servicios se han incluido en la cubierta del Programa Medicaid del Departamento de Salud para 2026 y también se incluyen bajo su cubierta de MCS Classicare: Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con obtener un certificado de salud no cubierto por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal: • Pruebas para detectar el virus de la Hepatitis A: HAV IgM; HAV RNA, según se requiera. • Pruebas para detectar el virus de la Hepatitis B: HBsAg; HBcAb IgM y/oIbG si es necesario. • Pruebas para detectar el Virus de la Hepatitis C: Anti HCV y/o HCV- RNA, según se requiera.

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**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de 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.

- ***Etapas 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.

- ***Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago del medicamento. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus 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.

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

Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para más información sobre el costo de vacunas, o información sobre los costos por un suministro a largo plazo o por medicamentos por correo, vaya al 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)
Medicamentos Cubiertos:	Usted paga \$0 Los medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> están cubiertos para medicamentos especializados.	Usted paga \$0 Los medicamentos con receta de pedido por correo están cubiertos para suplidos de un mes de medicamentos especializados.

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.

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 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original para el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).
- **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 4) 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 2.1 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 2.2 ¿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

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo 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 una cobertura separada 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.

SECCIÓN 3 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 del plan de 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.

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 el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, sin importar el

nivel de ingresos. 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 4 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

- **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 Platino Máximo (HMO D-SNP). 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 y Medicaid 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.

Reciba ayuda de Medicaid

Llame al Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico al 1-787-641-4224. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-787-625-6955 para ayuda sobre la afiliación a Medicaid o preguntas sobre beneficios.