MCS Classicare Efectivo (HMO) *ofrecido por* MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare)

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de MCS Classicare Efectivo (HMO).

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

- **Usted tiene del 15 de octubre - 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 2026, permanecerá inscrito en MCS Classicare Efectivo (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o repase la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027*.
- 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 los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible de manera gratuita en inglés.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (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 tamaño de letra grande, 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 Efectivo (HMO)

- 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 Efectivo (HMO).
- **Si no hace nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en MCS Classicare Efectivo (HMO)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de MCS Classicare Efectivo (HMO). Consulte la Sección 2

para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

H5577_0000600626_M

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2027 ..... **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 10

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 12

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 13

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de planes **16**

Sección 2.1 Plazos para cambiar de planes 17

Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año en los que se pueda hacer un cambio? 17

SECCIÓN 3 Reciba ayuda para pagar los medicamentos con receta **18**

SECCIÓN 4 ¿Preguntas? **19**

Reciba ayuda de MCS Classicare Efectivo (HMO) 19

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 20

Obtenga ayuda de Medicare **20**

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	**2027 (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 máximo que usted pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	$3,400	**$3,400**
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**
Estadías intrahospitalarias Incluye varios tipos de estadías intrahospitalarias, como atención para condiciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. Una estadía intrahospitalaria empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a su alta hospitalaria.	$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE) $50 de copago por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red General (RG)	**$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE)** **$50 de copago por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red General (RG)**

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más información, entre estos, las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $0	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$0**
	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 3: $5 de copago Usted paga no más de $0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: $15 de copago Usted paga no más de $7.50 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** • **Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago** • **Medicamentos de Nivel 2: $0 de copago** • **Medicamentos de Nivel 3: $5 de copago** **Usted paga no más de $0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de Nivel 4: $15 de copago** **Usted paga no más de $7.50 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
		producto de insulina cubierto en este nivel.
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por 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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$0	**$0**
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto quiere decir que usted pagará menos por la Parte B.	$55	$55

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 cobertura de la Parte D u 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, podría tener que pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus 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

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 en el sitio web www.mcsclassicare.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, 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, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar a 1-866-627-8182) para recibir asistencia. Usted podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. 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 proveedores y farmacias* para 2027 www.mcsclassicare.com para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuacion se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (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 proveedores y farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para recibir ayuda.

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

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - Terapias alternativas	Bajo la categoría de Terapias Complementarias, los servicios adicionales de acupuntura podrían pagarse mediante el beneficio de la tarjeta de débito (Tarjeta Te Paga). Además, usted puede acceder a servicios de acupuntura cubiertos por Medicare y a servicios suplementarios adicionales incluidos como parte de su cubierta mejorada.	**Para 2027, los servicios de acupuntura solo estarán disponibles a través de su cubierta de Medicare y de los servicios suplementarios adicionales incluidos como parte de su cubierta mejorada. De esta manera, usted podrá continuar recibiendo servicios de acupuntura cubiertos por su plan.** **Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura cubiertos y cualquier limitación aplicable, consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 de su Evidencia de Cubierta, en el beneficio de Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda.**
Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC)		

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
	El monto no utilizado de la asignación de OTC no se transfiere al mes siguiente.	**El monto no utilizado de la asignación de OTC se transferirá al mes siguiente dentro del año del plan.** **Revise su Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre la cantidad de beneficio disponible bajo su plan, así como las reglas y limitaciones aplicables.** **Al finalizar el año de cobertura, cualquier balance no utilizado de este beneficio no será reembolsado ni transferido al siguiente año de cobertura.**
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) Tarjeta de débito (Tarjeta Te Paga) Afiliados elegibles con condiciones crónicas, tales como Hipertensión Crónica, Trastornos Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Condiciones Crónicas y Discapacitantes de Salud Mental, y otras condiciones crónicas elegibles no mencionadas en esta lista, pueden ser elegibles para el programa SSBCI. La elegibilidad para los beneficios descritos no está	El monto no utilizado de la asignación de su tarjeta de débito no se transfiere al mes siguiente.	**El monto no utilizado de la asignación de su tarjeta de débito se transferirá al mes siguiente.** **Para ser elegible para este beneficio, usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Revise su Evidencia de Cobertura para obtener detalles sobre la cantidad de beneficio disponible para afiliados elegibles, así como**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
garantizada únicamente por tener una de las condiciones crónicas mencionadas. Todos los criterios y requisitos de elegibilidad aplicables se deben cumplir antes de que se otorgue el beneficio. Para detalles, favor contactarnos.		**las reglas y limitaciones aplicables.** **Al finalizar el año de cobertura, cualquier balance no utilizado de este beneficio no será reembolsado ni transferido al siguiente año de cobertura.**
Servicios de Nutricionista	Se limita a 6 consulta(s) de sesiones individuales cada año.	**Se limita a 10 consulta(s) de sesiones individuales o grupales cada año.** **Las consultas grupales se organizarán de acuerdo con el itinerario publicado por MCS Classicare. Comuníquese con nosotros para obtener más información.**
Atención de la salud mental para pacientes externos	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las autorizaciones previas.	
	• Sesiones individuales para servicios psiquiátricos no requieren autorización previa.	• **Sesiones individuales para servicios psiquiátricos pueden requerir autorización previa.**

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 publicada en línea en www.mcsclassicare.com.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían 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 de los medicamentos

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.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

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

- ***Etapa 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 sus costos anuales de bolsillo alcancen el límite de $2,400.

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

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

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

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

	2026 (este año)	**2027 (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 $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	**2027 (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	Usted paga $0.	**Usted paga $0.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.		
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 $5.	**Usted paga $5.**
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,	Usted paga $15.	**Usted paga $15.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
búsquelos en la Lista de medicamentos.		
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 33% del costo total.	**Usted paga 33% del costo total.**

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de planes

Para seguir inscrito en MCS Classicare Efectivo (HMO), no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro MCS Classicare Efectivo (HMO).

Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en MCS Classicare Efectivo (HMO). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura para medicamentos de Medicare separada,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en MCS Classicare Efectivo (HMO).
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al

1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener más información sobre 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 Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You* 2027 (*Medicare y Usted* 2027), 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 al 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 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 2027.

Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año en los que se pueda hacer un cambio?

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.

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 disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - Al 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.
  - Al 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 de 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 sobre seguro médico (Health Insurance Assistance Program, HIAP) - Programa Ryan White de la 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.

- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de MCS Classicare Efectivo (HMO)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (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 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2027 de MCS Classicare Efectivo (HMO). 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 la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (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 tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/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 al 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 sus opciones de los planes de Medicare además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) al 1-877-725-4300 (área metropolitana) 1-800-981-0056 (área de Mayagüez) o al 1-800-981-7735 (área de Ponce). Conozca más del Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) visitando https://www.oppea.pr.gov.

Obtenga 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.

- **Converse en vivo con** Medicare.gov

  Puede conversar en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite** 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 2027 (Medicare y Usted 2027)***

  El manual *Medicare y Usted 2027* 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 Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.