

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

Aviso anual de cambios para 2024

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

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

- **Usted tiene desde el 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos, incluso los requisitos de autorización y los costos.
 - Considere cuánto pagará en primas, deducibles y costo compartido.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que consume siguen teniendo cobertura.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.
- Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- ❑ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el *Medicare Plan Finder* (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o consulte la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- ❑ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en MCS Classicare Efectivo (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción en el plan MCS Classicare Efectivo (HMO).
- Si recientemente usted se mudó a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), vive en una de estas instituciones o se acaba de mudar de alguna de ellas, puede cambiar de planes o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan separado para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Atendemos 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. La llamada es gratis.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, braille y audio CD. Por favor llame a nuestro Centro de Llamadas a los números de teléfono mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de MCS Classicare Efectivo (HMO)

- MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare). MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende

de la renovación del contrato.

- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MCS Classicare Efectivo (HMO).

H5577_031_0690623_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de los costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en MCS Classicare Efectivo (HMO) in 2024	8
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	8
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	9
Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias	9
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	20
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Efectivo (HMO)	20
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	21
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	21
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	22
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Efectivo (HMO)	22
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	23

Resumen de los costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 de MCS Classicare Efectivo (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$3,400	\$3,400
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).		
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita
Hospitalizaciones para pacientes internados	\$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria 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)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 3: \$5 de copago • Medicamentos del Nivel 4: \$15 de copago • Medicamentos del Nivel 5: 33% de coseguro • Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor de lo siguiente: un pago equivalente a 5% del costo del medicamento (a esto le llamamos coseguro), o un copago (\$4.15 para un medicamento 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 2: \$0 de copago • Medicamentos del Nivel 3: \$4 de copago • Medicamentos del Nivel 4: \$14 de copago • Medicamentos del Nivel 5: 33% de coseguro • Medicamentos del Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).	

SECCIÓN 1 **A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en MCS Classicare Efectivo (HMO) in 2024**

El 1 de enero de 2024, MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare) combinará MCS Classicare Activo (HMO) con uno de nuestros planes, MCS Classicare Efectivo (HMO). La información de este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en MCS Classicare Activo (HMO) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de, 2024 como miembro de MCS Classicare Efectivo (HMO).

Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro MCS Classicare Efectivo (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de MCS Classicare Efectivo (HMO). Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir Ayuda adicional, quizás pueda cambiarse de plan en otros momentos.

SECCIÓN 2 **Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la parte B de Medicare.)	\$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.)	\$0	\$65

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

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2023 (este año)	2024 (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. Los costos por medicamentos con receta no se consideran 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 los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias

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

Hay cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC)</p>	<p>Usted es elegible a \$60 todos los meses (\$720 anuales) a usarse para la compra de productos fuera del recetario (OTC).</p> <p>Dentro del año contrato, el monto máximo de cobertura de beneficios del plan se transfiere al siguiente período si no se utiliza.</p>	<p>Usted es elegible para \$20 cada mes (\$240 anuales) a fin de comprar artículos fuera del recetario (OTC).</p> <p>Dentro del año contrato, el monto máximo de cobertura de beneficios del plan no se transfiere al siguiente período si no se utiliza.</p> <p>Al final del año póliza, el plan no proporcionará el balance restante de su beneficio.</p> <p>Por favor refiérase a su Evidencia de cobertura para más información sobre su beneficio Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC).</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Para ser elegible para estos beneficios adicionales usted debe haber sido diagnosticado con una o más condiciones crónicas identificadas por el plan de salud y cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad: Dependencia crónica al alcohol y otras drogas; Trastornos de autoinmunidad; Cáncer;</p>	<p>Para ser elegible a beneficios adicionales usted debe haber sido diagnosticado con una o más condiciones crónicas identificadas por el plan de salud y cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad: Dependencia crónica al alcohol y otras drogas; Trastornos de autoinmunidad; Cáncer; Trastornos</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardiaca crónica; Demencia; Diabetes mellitus; 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; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); Retraso mental severo; Autismo moderado a severo; Enfermedad reumatológica; Historial de cáncer (Historial personal de cáncer); Hipertensión; Enfermedad cardíaca valvular; Trastorno cerebrovascular; Hepatitis C viral crónica; Enfermedad crónica del hígado; Enfermedad neurodegenerativa; Obesidad; Malnutrición o caquexia; Enfermedad renal crónica; Estatus de colostomía; Úlcera crónica sin presión.	cardiovasculares; Insuficiencia cardiaca crónica; Demencia; Diabetes mellitus; 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; Obesidad; Malnutrición o caquexia crónica; Enfermedad renal crónica; Úlcera crónica sin presión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Tarjeta Te Paga</p>	<p>Los afiliados con una o más de las condiciones crónicas mencionadas arriba pueden utilizar su aportación de OTC (\$60 mensuales, \$720 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).</p> <p>Dentro del año contrato, el monto máximo de cobertura de beneficios del plan se transfiere al siguiente período si no se utiliza.</p>	<p>Los afiliados con una o más de las condiciones crónicas mencionadas arriba pueden utilizar su aportación de OTC (\$20 mensuales, \$240 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).</p> <p>Dentro del año contrato, el monto máximo de cobertura de beneficios del plan no se transfiere al siguiente período si no se utiliza.</p> <p>Al final del año póliza, el plan no proporcionará el balance restante de su beneficio.</p> <p>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.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Asistencia en el Hogar</p>	<p>Usted paga \$0 copago por servicios de asistencia en el hogar que incluyen: corte de grama simple, peluquería (corte, lavado y secado), plomería básica, servicios de cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, limpieza/ desinfección preventiva del hogar, aseo de mascotas y asistencia tecnológica.</p>	<p>Usted paga \$0 copago por servicios de asistencia en el hogar que incluyen: corte de grama simple, peluquería (corte, lavado y secado), plomería básica, servicios de cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas, limpieza/ desinfección preventiva del hogar y asistencia tecnológica.</p>
<p>Acupuntura</p>	<p>Se limita a 6 visita(s) cada año.</p>	<p>Se limita a 8 visita(s) cada año.</p>
<p>Masaje terapéutico</p>	<p>Se limita a 6 visita(s) cada año.</p>	<p>Se limita a 8 visita(s) cada año.</p>
<p>Reflexología podal</p>	<p>Se limita a 6 consulta(s) cada año.</p>	<p>Se limita a 8 consulta(s) cada año.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales comprensivos</p>	<p>Hasta \$2,700 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.</p>	<p>Hasta \$2,500 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Audífonos</p>	<p>Hasta \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p>	<p>Los audífonos ahora están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos. Hasta \$800 cada año.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos para quimioterapia y radiación	Usted paga 0% del costo total por medicamentos de radiación de la Parte B. Usted paga 8% del costo total por medicamentos de quimioterapia de la Parte B.	Usted paga 0% del costo total por medicamentos de radiación de la Parte B. Usted paga 5% del costo total por medicamentos de quimioterapia de la Parte B.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B	Usted paga 0% del costo total por antagonistas de opioides de la Parte B. Usted paga 15% del costo total por cada medicamento cubierto por la Parte B de Medicare (no incluye medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B).	Usted paga 0% del costo total por antagonistas de opioides de la Parte B. Usted paga 10% del costo total por cada medicamento cubierto por la Parte B de Medicare (no incluye medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B).
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Usted paga 0% - 20% del costo total según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 20% por servicios complejos).	Usted paga 0% - 15% del costo total según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 15% por servicios complejos).
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico	Usted paga 0% - 20% del costo total según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 20% por servicios complejos).	Usted paga 0% - 15% del costo total según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 15% por servicios complejos).
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios radiológicos terapéuticos	Usted paga 0% - 20% del costo total según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 20% por servicios complejos).	Usted paga 0% - 15% del costo total según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 15% por servicios complejos).

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de la vista</p> <p>Artículos de la vista de rutina adicionales</p>	<p>Hasta \$400 cada año para todos los artículos de la vista de rutina adicionales.</p>	<p>Los artículos de la vista de rutina adicionales ahora están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audición.</p> <p>Hasta \$800 cada año.</p>
<p>Transportación</p>	<p>Transportación de rutina hasta un máximo de 30 viajes cada año.</p>	<p>Transportación de rutina hasta un máximo de 26 viajes cada año.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Insulinas</p>	<p>Los medicamentos de insulina no están mencionados en la Evidencia de cobertura 2023.</p>	<p>Usted paga 0% - 10% del costo total, copago máximo de \$35, para medicamentos de insulina.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (prueba preventiva)</p>	<p>Usted paga 20% del costo total si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante una colonoscopia o una sigmoidoscopia flexible. Este procedimiento se considera una prueba de diagnóstico y, por ende, está sujeto a un pago de costo compartido del plan.</p> <p>Usted paga 20 % del costo total en un entorno ambulatorio del hospital por la prueba diagnóstica.</p>	<p>Usted paga 15% del costo total si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible. Este procedimiento se considera un examen diagnóstico y, por ende, está sujeto al pago de un costo compartido del plan.</p> <p>Usted paga 15% del costo total en un entorno ambulatorio del hospital por la prueba diagnóstica.</p>
<p>Autorizaciones Previas</p> <p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>Atención de la salud mental</p>	<p>Se requiere autorización previa a través de MCS Solutions.</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>para pacientes externos</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios prestados por un psiquiatra (Sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare) Servicios de salud mental prestados por otros proveedores (Solo para sesiones grupales cubiertas por Medicare) 	a través de MCS Solutions.	previa.
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros 	Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p>	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Audífonos 	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, estos pueden incluir añadir o remover medicamentos, cambios en 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 ha pasado a otro nivel de costo compartido.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con nuestro Centro de Llamadas para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

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

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$5 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$14 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuado)</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo de medicamentos o sobre recetas para pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la "Lista de medicamentos". Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la "Lista de medicamentos".</p>	<p>Nivel 6: Medicamentos selectos para la diabetes (Insulinas selectas): Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 6: Medicamentos de cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de periodo sin cobertura y de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que incurren en costos elevados de medicamentos. **La mayoría de las personas no alcanza la Etapa del periodo sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para conocer la información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 **Cómo decidir qué plan elegir**

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Efectivo (HMO)

Para continuar con nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en MCS Classicare Efectivo (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo pero si desea cambiar los planes en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 ya que puede que haya una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el *Medicare Plan Finder* (Buscador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-compare; consulte *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Le recordamos que, MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, será desafiado de MCS Classicare Efectivo (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente será desafiado de MCS Classicare Efectivo (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiarse. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

- *O* comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que le desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo **desde el 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Programa Ryan White Parte B / Programa ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Programa Ryan White Parte B / Programa ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico al 787-765-2929, exts. 5106, 5136, 5137 ó 5149.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Efectivo (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00

a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 para MCS Classicare Efectivo (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.mcsciclassicare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2024* (*Medicare y Usted 2024*). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.