

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

Aviso anual de cambios para 2024

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

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios 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 Platino Total (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción en el plan MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP).
- Consulte en la Sección 3.2, página 19 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 Platino Total (HMO D-SNP)

- MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare). MCS Classicare es un plan HMO con un contrato Medicare y con un contrato con el Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el Departamento de

Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

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

H5577_037_0910623_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, será inscrito automáticamente en MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP) en 2024.....	7
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	18
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP).....	18
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	21
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	22
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)	22
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	22
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	23

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y de 2024 para MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo 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.		
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 para cada estadía intrahospitalaria	\$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos Cubiertos: \$0 Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos Cubiertos: \$0 Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>más</u> que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>(Consulte Sección 2.2 para obtener más información.)</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable del pago de los costos de bolsillo que se apliquen hacia el monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable del pago de los costos de bolsillo que se apliquen hacia el monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, será inscrito automáticamente en MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP) en 2024

El 1 de enero de 2024, MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare) combinará MCS Classicare Platino @Home (HMO D-SNP) con uno de nuestros planes, MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP). La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en MCS Classicare Platino @Home (HMO D-SNP) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2024, como miembro de MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP).

Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura en 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP). Esto significa que desde el 1 de enero de 2024, usted obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiar a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos con receta a través de un Plan de Medicamentos Recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

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 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.)	\$50	\$0

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)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.mcsclearcare.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

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

Medicare y Medicaid.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Tarjeta Te Paga	Todos los afiliados son elegibles a una aportación de \$50 mensuales (\$600 anuales) para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga.	Todos los afiliados son elegibles a una aportación de \$250 mensuales (\$3,000 anuales) para la compra de ambos, OTC y artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. 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.

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>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales comprensivos</p>	<p>Hasta \$2,100 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.</p>	<p>Hasta \$1,200 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Audífonos</p>	<p>Los audífonos están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos.</p> <p>Hasta \$1,000 cada año.</p>	<p>Los audífonos están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audífonos.</p> <p>Hasta \$800 cada año.</p>
<p>Cuidado de los pies en el hogar</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Se limita a 1 visita(s) trimestral.</p> <p>El cuidado rutinario de los pies es provisto en el hogar por un profesional adiestrado.</p>	<p><u>No</u> está cubierto.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de la vista</p> <p>Artículos de la vista de rutina adicionales</p>	<p>Los artículos de la vista de rutina adicionales están cubiertos bajo la Aportación combinada para artículos de la vista y audición.</p> <p>Hasta \$1,000 cada año.</p>	<p>Los artículos de la vista de rutina adicionales 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 34 viajes cada año.</p>	<p>Transportación de rutina hasta un máximo de 30 viajes cada año.</p>
<p>Paquete para Hogares</p>	<p>Hasta \$250 mensuales (\$3,000 anuales) para artículos de uso común - pañales, cremas, toallas húmedas, bebidas nutricionales, cremas y ungüentos, cremas para úlceras por presión.</p>	<p><u>No</u> está cubierto.</p>
<p>Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud</p> <p>Programa de Exámenes Tempranos Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) para afiliados menores de 21 años de edad</p>	<p>Requisitos de EPSDT no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) pero incluidos en el Plan Estatal.</p> <p>Los exámenes de EPSDT deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historial comprensivo de desarrollo y de salud. • Evaluación de desarrollo que incluya el desarrollo mental, emocional y de comportamiento. • Medidas (que incluyan la 	<p><u>No</u> aplica para 2024.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>circunferencia de la cabeza del infante).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de estado nutricional. • Examen físico comprensivo sin ropa. • Vacunaciones según las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) (las vacunas en sí son proporcionadas y pagadas por el Departamento de Salud para las personas elegibles bajo Medicaid y CHIP). • Ciertas pruebas de laboratorio. • Consejería preventiva y educación en salud. • Examen de la visión. • Prueba de tuberculosis. • Examen de la audición. • Evaluación dental y de salud oral. (Se debe hacer referencia a las guías correspondientes de CMS de EPSDT y la política de ASES). 	

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud</p> <p>Servicios dentales: preventivos y restaurativos</p>	<p>Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de 21 años de edad están cubiertos según los requisitos de los Exámenes Tempranos Periódicos, Diagnósticos y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).</p> <p><u>No</u> incluidos en 2023.</p>	<p>Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de 21 años de edad están cubiertos bajo los requisitos del programa Platino.</p> <p>Los servicios a continuación están incluidos en 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de sedación y anestesia para beneficiarios con discapacidades físicas o mentales, conforme a las leyes locales. • Raspado periodontal y alisado radicular, hasta 4 cuadrantes por beneficiario. • Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior). • Visitas al hospital. <p>Todas las limitaciones se pueden exceder basado en la necesidad médica y ser aprobadas mediante un proceso de autorización previa o exención.</p>
<p>Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud</p> <p>Vacunas para niños</p>	<p><u>No</u> incluidos en 2023.</p>	<p>Hay cambios en el calendario de vacunación de niños y adolescentes del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC):</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>de 0-20 años de edad (inclusive)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • PCV 15 (Vacuna anti-neumocócica). • MenACWY-D [Menactra] (Vacuna Anti-meningocócica) - La nota de MenACWY se actualizó para incluir lenguaje que indica que la fórmula de un vial (toda líquida) de Menveo® recientemente autorizada no debe administrarse antes de los 10 años. • Dengvaxia (Vacuna contra el virus del dengue) - Indicada para la prevención de la enfermedad del dengue causada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue. Está aprobada para su uso en personas de 9 a 16 años de edad con infección previa por dengue confirmada por laboratorio y que viven en áreas endémicas. La nota sobre el dengue se revisó para aclarar que la vacuna contra el dengue se recomienda para niños seropositivos que viven en áreas endémicas, no para niños que viajan o visitan áreas endémicas de dengue.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>COVID 19: Información sobre la valencia de la vacuna (es decir, monovalente versus bivalente,) no se especifica en 2023.</p>	<ul style="list-style-type: none"> COVID 19: Se añaden nuevas abreviaturas para los productos de la vacuna del COVID-19. Estas abreviaturas contienen información sobre la valencia de la vacuna (es decir, monovalente versus bivalente, indicada por "1v" y "2v", respectivamente) y la plataforma de la vacuna (mRNA (por sus siglas en inglés) versus subunidad de proteína acelular o "aPS" (por sus siglas en inglés).
<p>Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud</p> <p>Audífonos</p>	<p>Los audífonos para los beneficiarios menores de 21 años de edad están cubiertos según los requisitos del EPSDT.</p>	<p>Los audífonos para los beneficiarios menores de 21 años de edad están cubiertos según nuestro beneficio de Medicare Advantage Platino, no bajo los requisitos del EPSDT.</p>
<p>Autorizaciones Previas</p> <p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>Atención de la salud mental 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 	<p>Se requiere autorización previa a través de MCS Solutions.</p> <p>Se requiere autorización previa a través de MCS Solutions.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>sesiones grupales cubiertas por Medicare)</p> <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 <p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Audífonos 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Referidos</p> <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros</p> <ul style="list-style-type: none"> Análisis de laboratorio 	<p>Se requiere un referido.</p>	<p><u>No</u> se requiere un referido.</p>

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

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. La mayoría de las vacunas para adultos bajo la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener más información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa 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 con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)

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

Platino Total (HMO D-SNP).

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.

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 diferente de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente será desafiliado de MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarle. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que le desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 4 Cambio de plan

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

Debido a que usted tiene Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un nuevo plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

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 y Medicaid

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

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

Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud en su sitio web (<https://agencias.pr.gov/agencias/oppea/educacion/Pages/ship.aspx>).

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

SECCIÓN 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.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que se denomina también Low Income Subsidy (Subsidio por bajos ingresos). Esta ayuda adicional paga algunas primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Al reunir los requisitos, usted no tiene interrupción de la cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta con respecto a la "Ayuda adicional", llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina de Medicaid de su estado (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 Platino Total (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 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 Platino Total (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.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.mcsclassicare.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.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

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