

MCS Classicare Essential (OSS-PDS) ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de **MCS Classicare Essential (OSS-PDS)**. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 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.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra

información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- 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 2020, permanecerá inscrito en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá inscrito en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro 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).
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, braille y audio CD. Por favor, llame a nuestros 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 que reúne los requisitos (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 Essential (OSS-PDS)

- MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS 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. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MCS Classicare Essential (OSS-PDS).

H5577_033S0620_M
File & Use 08282020

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para MCS Classicare Essential (OSS-PDS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** 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*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$3,400	\$3,400
<p>Visitas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consulta para Proveedores de la Red Especial (RE)</p> <p>\$3 por consulta para Proveedores de la Red General (RG)</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>Consultas de atención</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consulta para Proveedores de la Red Especial (RE)</p> <p>\$3 por consulta para Proveedores de la Red General (RG)</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>Consultas de atención</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	primaria: 35% por consulta Consultas a especialistas: 35% por consulta	primaria: 35% por consulta Consultas a especialistas: 35% por consulta
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$0 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE)</p> <p>\$50 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red General (RG)</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>35% por cada estadía intrahospitalaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$0 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE)</p> <p>\$50 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red General (RG)</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>35% por cada estadía intrahospitalaria.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago y coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: \$5 • Medicamentos de Nivel 4: \$15 • Medicamentos de 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago y coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: \$5 • Medicamentos de Nivel 4: \$15 • Medicamentos de

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Nivel 5: 33%	Nivel 5: 33% <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de Nivel 6: \$0

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	17
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).....	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	17
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	19
SECCIÓN 7 Preguntas	20
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Essential (OSS-PDS).....	20
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	21

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

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

Para protegerlo, 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 paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos para 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 la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsclassicare.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro centro de llamadas para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

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.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsclassicare.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro centro de llamadas para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de

proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda <u>no</u> está cubierta.</p> <p>Servicios de Acupuntura adicionales – sin la necesidad de un diagnóstico:</p> <p>Usted paga un copago de \$5 por cada visita de terapia, hasta cuatro (4) visitas por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita.</p> <p>Servicios cubiertos incluyen hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare con 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría.</p> <p>Servicios de Acupuntura adicionales – sin la necesidad de un diagnóstico:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia, hasta seis (6) visitas por año.</p>
Masaje terapéutico	<p>Usted paga un copago de \$5 por cada visita de terapia, hasta cuatro (4) visitas por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia, hasta seis (6) visitas por año.</p>
Reflexología podal	<p>Usted paga un copago de \$5 por cada visita de terapia, hasta cuatro (4) visitas por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia, hasta seis (6) visitas por año.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar	Las terapias alternativas como un servicio combinado – que incluía acupuntura, masaje terapéutico y reflexología podal – están cubiertas.	Las terapias alternativas como un servicio combinado <u>no</u> están cubiertas. La cubierta continuará a través de las opciones de tratamiento individuales indicadas anteriormente.
Terapia de infusión en el hogar	Terapia de infusión en el hogar no aparece como un beneficio separado.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita.
Servicios dentales	<p>Usted paga \$8 por visita de oficina.</p> <p>Usted paga 20% por el costo total de los servicios dentales comprensivos.</p> <p>Servicios de prostodoncia no están cubiertos.</p> <p>Las coronas no están cubiertas.</p> <p>\$500 cada año - límite de cubierta del plan para servicios preventivos y comprensivos.</p>	<p>Usted paga \$0 por visita de oficina.</p> <p>Usted paga 15% por el costo total de los servicios dentales comprensivos.</p> <p>Usted paga 15% por el costo total de los servicios de prostodoncia.</p> <p>Usted paga 15% por el costo total de las coronas.</p> <p>No aplica límite de cubierta del plan para servicios preventivos.</p> <p>\$2,500 cada año - límite de cubierta del plan para servicios comprensivos.</p> <p>Hemos revisado extensamente nuestra cubierta dental para ajustarnos mejor a sus necesidades. Por favor consulte la Evidencia de Cobertura para más detalles.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios auditivos	\$500 cada año - límite de cubierta del plan para audífono(s) - para ambos oídos.	\$1,500 cada año - límite de cubierta del plan para audífono(s) - para ambos oídos.
Artículos Fuera del Recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	\$35 límite de beneficio trimestral (\$140 límite anual).	\$70 límite de beneficio trimestral (\$280 límite anual).
<p>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos</p> <p>Para ser elegible para beneficios adicionales, debe haber recibido un diagnóstico de una o más de las condiciones crónicas identificadas por el plan de salud y cumplir con ciertos criterios de elegibilidad.</p> <p>Hemos expandido la lista de condiciones crónicas (incluida en la Evidencia de Cobertura). Contacte a nuestro centro de llamadas para obtener más detalles.</p>	<p>Asistencia en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$0 por los servicios de asistencia en el hogar que incluyen: plomería, cerrajería, cristalería y reparaciones eléctricas. • Los servicios están limitados a ocho (8) visitas por año. Aplica un máximo de dos (2) visitas por trimestre. <p>Para todas estas categorías de servicios solo aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el suplidor de servicios.</p>	<p>Asistencia en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$0 por los servicios de asistencia en el hogar que incluyen: plomería, cerrajería, reparaciones eléctricas, control de plagas y limpieza / desinfección preventiva del hogar. • Los servicios están limitados a ocho (8) visitas por año. Aplica un máximo de dos (2) visitas por trimestre. <p>Para todas estas categorías de servicios solo aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el suplidor de servicios.</p>
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75 por visita.	Usted paga un copago de \$40 por visita.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$10 por visita.	Usted paga un copago de \$0 por visita.
Atención de salud mental para pacientes externos	Usted paga un copago de \$10 por cada visita individual o grupal.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual o grupal.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	Usted paga un copago de \$10 por cada visita individual o grupal.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita individual o grupal.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Usted paga un copago de \$3 por cada visita.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	Los servicios de telesalud están cubiertos de manera limitada.	<p>Servicios adicionales de telesalud están cubiertos por algunos proveedores de la red, incluyendo: servicios de médicos de atención primaria, servicios de especialistas médicos, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental, sesiones individuales para servicios psiquiátricos y Capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Si escoge recibir estos servicios vía telesalud, entonces usted debe usar la red de proveedores que en la actualidad ofrece el servicio a través de telesalud. Servicios adicionales de telesalud tienen cero costo compartido.</p>
Tecnologías de Acceso Remoto (Telemedicina) Los servicios de Tecnologías de Acceso Remoto (Telemedicina) le permiten recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de	Usted paga un copago de \$10 por cada consulta médica.	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta médica.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>salud, para una enfermedad menor, con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado. Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono inteligente, computadora o tableta. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles.</p>		

Sección 1.6 – 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 enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **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.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a nuestro centro de llamadas.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a nuestro centro de llamadas y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer

cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si usted tiene una excepción al formulario o una excepción al nivel de costo compartido de medicamentos durante el año contrato actual, se le requerirá que solicite una excepción para esos medicamentos para el próximo año, siempre y cuando estos medicamentos se mantengan fuera de los formularios y/o en el mismo nivel de costo compartido. MCS Classicare le permitirá obtener los medicamentos a través del proceso de excepción para el próximo año, comenzando el día en que su excepción fue aprobada.

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.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

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 cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

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. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web www.mcsciclassicare.com. También puede llamar a nuestro centro de llamadas para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (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

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (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>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 de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido 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>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$5 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$15 por medicamento recetado.</p> <p>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 que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$5 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$15 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos de cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura)	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar	Tu Ruta al Bienestar ofrece programas y servicios que promueven la salud física, emocional, intelectual y social, incluyendo conferencias sobre temas de salud, recordatorios preventivos, intervenciones de apoyo, así como sesiones de ejercicios.	Tu Ruta al Bienestar ha sido reimaginado como el Club Te Paga , ofreciendo los mismos programas y servicios que ha llegado a querer con la dimensión online para asegurar acceso a las conferencias, sesiones e intervenciones para ayudarte en tu trayecto de salud.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Medicamentos para la disfunción eréctil	No está cubierto.	7 pastillas por mes. Refiérase a su Evidencia de Cobertura para más detalles.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	La cubierta de medicamentos de radiación <u>no</u> está mencionada en su Evidencia de Cobertura. Usted paga 0% del costo total por cada medicamento de radiación de la Parte B.	La cubierta de medicamentos de radiación ahora está mencionada en su Evidencia de Cobertura. Usted paga 0% del costo total por cada medicamento de radiación de la Parte B.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Essential (OSS-PDS)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente 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 sobre 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, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, MCS Advantage, Inc. 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, se cancelará su inscripción en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro centro de llamadas (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - 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 se cancele su inscripción. 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 hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿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 trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 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 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan 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 respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud llamando al 1-877-725-4300 (Área Metropolitana), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) ó al 1-800-981-7735 (Área de Ponce). Para obtener más información sobre Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, visite su sitio web (www.oppea.pr.gov).

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.

- **“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. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - 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, llame a 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 ó 5137.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Essential (OSS-PDS)

¿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 de 2021* (describe en detalles 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 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021 para MCS Classicare Essential (OSS-PDS)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal 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 en www.mcsclassicare.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). 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 (www.medicare.gov) 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.