

MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS) ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

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

- **Usted tiene 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 1.4 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- 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.
- 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 MediOnlyNoRx (OSS).
- 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 MediOnlyNoRx (OSS).
- 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 MediOnlyNoRx (OSS)

- 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 MediOnlyNoRx (OSS).

H5577_029S0620_M
File & Use 09162020

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS) 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)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo 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).	\$3,400	\$3,400
Visitas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta para Proveedores de la Red Especial (RE) \$3 por consulta para Proveedores de la Red General (RG)	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta para Proveedores de la Red Especial (RE) \$3 por consulta para Proveedores de la Red General (RG)
Hospitalizaciones 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	\$0 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE) \$50 por cada estadía intrahospitalaria para	\$0 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE) \$50 por cada estadía intrahospitalaria para

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
a su alta médica es su último día como paciente internado.	Proveedores de la Red General (RG)	Proveedores de la Red General (RG)

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.....	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	11
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).....	11
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 7 Preguntas	15
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).....	15
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	15

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
Reducción a la prima mensual de la Parte B (Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente según la cantidad que se muestra en esta línea.)	\$35	\$0

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.	\$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 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. **Revise el Directorio de proveedores 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 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>Las coronas <u>no</u> 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 5% por el costo total de las coronas.</p> <p>No aplica límite de cubierta del plan para servicios preventivos.</p> <p>\$1,000 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>
Artículos Fuera del Recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	Los artículos fuera del recetario <u>no</u> están cubiertos.	\$20 límite de beneficio trimestral (\$80 límite anual).

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<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>Aportación para la compra de alimentos saludables y/o el pago de facturas de electricidad, agua y teléfono</p> <p>Usted recibirá una aportación trimestral de hasta \$240 para la compra de alimentos saludables y pago de facturas de electricidad, agua y teléfono.</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> <p>Tarjeta Te Paga</p> <p>Usted recibirá una aportación trimestral de hasta \$500 para la compra de alimentos saludables y pago de facturas de electricidad, agua, teléfono, internet y/o gasolina.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
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.
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</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
		<p>en la actualidad ofrece el servicio a través de telesalud. Servicios adicionales de telesalud tienen cero costo compartido.</p>
<p>Tecnologías de acceso remoto (Telemedicina)</p> <p>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 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>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada consulta médica.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta médica.</p>

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.
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 MediOnlyNoRx (OSS)

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 hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).

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, puede haber 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 (SHIP, por sus siglas en inglés) (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 MediOnlyNoRx (OSS).
- 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 MediOnlyNoRx (OSS).
- 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 8 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 8 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).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. 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. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición sin seguro o con seguro insuficiente.

Si actualmente usted está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que están en el formulario de ADAP. Para asegurarse de que usted continúe recibiendo esta asistencia, notifíquelo a su trabajador de inscripción de ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. 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.

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 MediOnlyNoRx (OSS)

¿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 MediOnlyNoRx (OSS). 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.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 en www.mcsciclassicare.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

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.