

MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE) es ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

Usted está actualmente inscrito como miembro de MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto describe los cambios.

Qué debe hacer ahora

I. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que usted utiliza?
 - Examine las secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Examine los cambios de nuestra cobertura de medicamentos recetados en este manual para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos recetados serán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos para utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos cubiertos del 2021 y busque en la sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados.
 - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor; esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga 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 variar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y demás proveedores serán parte de nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluyendo los especialistas que usted ve con regularidad, están en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales y demás proveedores que usted utiliza?
 - Busque en la sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.

- Considere sus costos médicos en general.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente?
- ¿Cuánto gastará en sus primas y deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Considere si usted está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca acerca de otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y Usted.
- Busque en la sección 3.2 para conocer más acerca de sus opciones.

- Una vez que haga su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, usted permanecerá en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE).
- Si desea **cambiar a un plan distinto** que mejor cubra sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Revise la sección 3.2, página 19 para conocer más acerca de sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, usted quedará inscrito en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE).
- Si usted **se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Usted automáticamente será dado de baja de su plan actual.

Recursos adicionales

- Esta información se encuentra disponible gratis en inglés y español.
- Por favor, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Nuestros horarios son 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 bajo este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Por favor, visite el sitio web del Servicio de Recaudación Interna (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE)

- MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y con un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- 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 Platino Clásico (OSS D-PNE).

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas y pedirnos que le enviemos una copia impresa de la *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección I.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 por visita</p>
<p>Estadías como paciente internado en un hospital</p> <p>Incluye servicios de hospitalización aguda, rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios al paciente hospitalizado. El cuidado al paciente internado en un hospital comienza el día en que es oficialmente admitido en un hospital mediante una orden médica. El día antes en que es dado de alta es su último día como paciente internado.</p>	\$0 por cada estadía intrahospitalaria.	\$0 por cada estadía intrahospitalaria.
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección I.6 para</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>obtener más detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$0 • Nivel de medicamentos 5: \$0 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$0 • Nivel de medicamentos 5: \$0 • Nivel de medicamentos 6: \$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 más detalles).</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos para los servicios cubiertos por las Partes A y B.</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos para los servicios cubiertos por las Partes A y B.</p>

Aviso anual de cambios para 2021
Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2021	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE)	19
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Para cambiar de plan	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	21
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	22
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE)	22
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	23
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	23

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

Sección I.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Reducción a la prima de la Parte B		
(Su prima mensual de la Parte B se reduce según las cantidades que se muestran)	\$80	\$110

Sección I.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 Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$3,400	\$3,400
Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.
Usted no es responsable		No hay cambios para el próximo año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>de pagar ningún costo de su bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos para los servicios cubiertos por las Partes A y B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos para medicamentos recetados no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsclearcare.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. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que durante el año podemos realizar cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para hacerle llegar un aviso con al menos 30 días de anticipación para indicarle que su proveedor está dejando su plan. De esta manera, tendrá tiempo para escoger un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe atendiendo sus necesidades de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no le hemos conseguido un proveedor cualificado para reemplazar su proveedor anterior, o que su cuidado no es atendido apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista deja el plan, por favor comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que maneje su cuidado.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsclearcare.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. **Por favor, revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2021 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

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 (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.mcsclearcare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas y pedirnos que le enviemos una copia impresa de la *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura para el dolor	Acupuntura para el dolor	Usted paga un copago de \$0

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
crónico en la espalda baja	<p>crónico en la espalda baja <u>no</u> está cubierto</p> <p>Servicios adicionales de Acupuntura – sin necesidad de diagnóstico:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia, hasta cuatro (4) visitas por año.</p>	<p>por visita.</p> <p>Servicios cubiertos incluyen hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare con 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejora.</p> <p>Servicios adicionales de Acupuntura – sin necesidad de 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 \$0 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 \$0 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>
Programas educativos sobre salud y bienestar	<p>Las terapias alternativas como un servicio combinado – que incluía acupuntura, masaje terapéutico y reflexología podal – está cubierto.</p>	<p>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.</p>
Terapia de Infusión en el Hogar	<p>La terapia de infusión en el hogar no se incluye como un beneficio separado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>
Servicios dentales	<p>Los servicios de</p>	<p>Usted paga 30% del costo</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>prostodoncia no están cubiertos.</p> <p>Las coronas no están cubiertas.</p> <p>\$1,000 cada año - límite de cubierta del plan para servicios preventivos y comprensivos.</p>	<p>total para servicios de prostodoncia.</p> <p>Usted paga 30% del costo total por coronas.</p> <p>No se aplica límite de cubierta para servicios preventivos.</p> <p>\$2,000 cada año - límite de cubierta del plan para servicios comprensivos.</p>
Servicios auditivos	Audífonos no están cubiertos.	<p>\$2,500 cada año - límite de cubierta del plan para audífono(s) - para ambos oídos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una evaluación/ajuste para audífono(s).</p>
Atención de la vista	\$200 cada año - límite de cubierta para artículos de la vista.	\$300 cada año - límite de cubierta para artículos de la vista.
<p>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos</p> <p>Para ser elegible para beneficios adicionales, debe haber sido diagnosticado con una o más de las condiciones crónicas identificadas por el plan de salud y cumplir con ciertos criterios de elegibilidad. Consulte su Evidencia de cobertura 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>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.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<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 pago de facturas de electricidad, agua y/o teléfono Te Paga no está cubierto.</p>	<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 pago de facturas de electricidad, agua, teléfono, Internet y/o gasolina</p> <p>Usted recibirá una aportación de hasta \$60 trimestral (\$240 anual) para compra de alimentos saludables y/o pago de facturas de electricidad, agua, teléfono, Internet y/o gasolina con nuestra Tarjeta Te Paga.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Los servicios de telesalud están cubiertos de forma limitada.</p>	<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,</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
		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)</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>
<p>Transportación</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por ocho (8) viajes (de ida o de vuelta) a lugares aprobados por el plan cada año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por diez (10) viajes (de ida o de vuelta) a lugares aprobados por el plan cada año.</p>
<p>Planificación de bienestar y atención médica (WHP, por sus siglas en inglés) con planificación anticipada de atención (ACP, por sus siglas en inglés) y la visita de bienestar de fin de año</p>	<p>Este beneficio modelo se ofrece como parte de una iniciativa de Medicare para aumentar la calidad y disminuir el costo de la atención para los beneficiarios del programa Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)</p>	<p>La planificación de bienestar y atención médica (WPH, por sus siglas en inglés) con planificación anticipada de atención (ACP, por sus siglas en inglés) <u>no</u> está cubierta.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se provee una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos.

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:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a los miembros actuales** a 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.
- **Trabajar con un médico (o persona que recete) 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 afección médica.

En algunos casos, se nos requiere que cubramos un suministro temporal de un medicamento que está fuera del formulario en los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de su membresía para evitar una interrupción en su terapia. (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 tiene una excepción al formulario o una excepción al nivel de costo compartido de medicamentos durante el año de contrato actual, deberá solicitar una excepción para esos medicamentos para el próximo año, siempre que dichos medicamentos se mantengan fuera del formulario y / o al mismo nivel de costo compartido. MCS Classicare le permitirá obtener esos medicamentos a través del proceso de excepción para el próximo año, a partir del día en que se aprobó la excepción.

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos al principio de cada año. Durante el año, sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Al realizar estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, puede todavía gestionar con su médico (o la persona que le ordena sus recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Continuaremos también actualizando nuestra lista de medicamentos en línea como está programado y proveer cualquier otra información requerida para reflejar los cambios de medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que podemos hacer en la lista de medicamentos, vea la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 6).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.

Existen cuatro etapas de “pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en 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 catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa I: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *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 para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga \$0 por</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga \$0 por</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos para cuidado especial:</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, 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 catastrófica

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas cuyos costos de medicamentos son altos. **La mayoría de los miembros no llegan a cualquiera de estas etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Para obtener más información sobre los cambios mencionados en esta sección, refiérase a su *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Programas educativos para la salud y el bienestar</p>	<p>Con Tu Ruta al Bienestar usted continuará recibiendo más y mejor acceso a conferencias sobre temas de salud, recordatorios preventivos, intervenciones de apoyo, así como sesiones de ejercicios.</p>	<p>Ruta al Bienestar ha sido reconceptualizado como Club Te Paga, ofreciendo los mismos programas y servicios que le encantan con una dimensión en línea adicional para garantizar el acceso a las conferencias, sesiones e intervenciones para ayudarlo en su viaje de salud.</p>
<p>Registro de Condiciones Especiales del Plan de Salud del Gobierno</p> <p>Consulte su Evidencia de cobertura para obtener la lista completa</p>	<p>Las siguientes condiciones <u> fueron incluidas </u> en el Registro de Condiciones Especiales del Plan de Salud del Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis C como tratamiento de emergencia / urgencia en pacientes postransplantados 	<p>Para 2021, se modificó la siguiente condición para que lea como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis C crónica
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>La cobertura de los medicamentos de radiación <u> no se incluye </u> en su Evidencia de</p>	<p>La cobertura de los medicamentos de radiación ahora se incluye en su Evidencia</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	cobertura. Usted paga el 0% del costo total por cada medicamento de radiación de la Parte B de Medicare.	de cobertura. Usted paga el 0% del costo total por cada medicamento de radiación de la Parte B de Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE)

Para seguir inscrito en nuestro plan no será necesario que tome acción. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- – O-- 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, lea *Medicare y usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea sección 5), o llame a Medicare (vea sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el 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 diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un **plan de salud diferente de Medicare**, inscribese en un nuevo plan. Su inscripción en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe elegir una de las siguientes opciones:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con nuestro Centro de Llamadas (los números están en la sección 7.1 de este folleto).
 - – O – póngase en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted cambia a Medicare Original y **no** se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que haya decidido no aceptar la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Para cambiar de plan

Si desea cambiarse 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.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a cancelar su cobertura del empleador, y las que se muden fuera del área de servicio se les puede permitir hacer un cambio en otras épocas del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta el plan que escogió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

El 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 de salud, a nivel local y **en 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 respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a 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 (www.oppea.pr.gov).

Para preguntas sobre sus beneficios de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud, contacte la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud a través del 787-641-4224. Los usuarios de TTY deben llamar al 787-625-6955, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Pregunte si al afiliarse a otro plan o al volver a Medicare Original pudiera afectar cómo obtiene la cubierta de la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la "Ayuda Adicional", también llamada Subvención de Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica, usted no tiene una brecha de cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - 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) o
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Ayuda de costos compartidos de recetas para las personas con VIH/SIDA.**
El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que los individuos elegibles a ADAP y que viven con VIH/ SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y el estado de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el Estado y no asegurados /estado sub asegurados. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo compartido 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 ó 5137.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE)

¿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 pueden 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 sábados 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 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 más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas y pedirnos que le enviemos una copia impresa de la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). Posee 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 Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea Medicare y Usted 2021

Puede leer el manual *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, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227), durante las 24 horas del día, 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 sobre Medicaid, puede llamar a la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud al 787-641-4224. Los usuarios de TTY deben llamar al 787-625-6955.