

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

Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, 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 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

I. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - 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 I.1 y I.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan 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 2019 y consulte la Sección I.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Puede que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las 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 <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos registros destacan cuáles fabricantes han estado aumentando sus precios, y muestran también otra información sobre el precio de los medicamentos de un año a otro. 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.
- ¿Se encuentran sus médicos 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 generales de atención de la salud.
- ¿Cuánto 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 <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista en la portada posterior 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 haga su selección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **conservar** MCS Classicare Essential (OSS-PDS), no es necesario que haga nada. Permanecerá en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).

- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan 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 2018.**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Inglés y Español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestros números del 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.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, Braille y audio CD. Por favor, llame a los números de teléfono mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** 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 <https://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_014S0618_M Aceptado por CMS 09042018

Resumen de Costos Importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para MCS Classicare Essential (OSS-PDS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso Anual de Cambios* y revisar la *Evidencia de Cobertura* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.**

Costo	2018 (este año)	2019 (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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Visitas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la Red: Visitas de atención primaria: \$0 por consulta. Visitas a especialistas: \$4 por consulta para Proveedores de la Red Especial (RE). \$8 por consulta para Proveedores de la Red General (RG).</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas de atención primaria: 35% por consulta. Visitas a especialistas: 35% por consulta.</p>	<p>Dentro de la Red: Visitas de atención primaria: \$0 por consulta. Visitas a especialistas: \$4 por consulta para Proveedores de la Red Especial (RE). \$8 por consulta para Proveedores de la Red General (RG).</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): Visitas de atención primaria: 35% por consulta. Visitas a especialistas: 35% por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. Los cuidados de hospitalización comienzan 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: \$0 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE). \$50 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red General (RG).</p>	<p>Dentro de la Red: \$0 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red Especial (RE). \$50 por cada estadía intrahospitalaria para Proveedores de la Red General (RG).</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>35% por cada estadía intrahospitalaria.</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 del Nivel 1: \$3 • Medicamentos del Nivel 2: \$6 • Medicamentos del Nivel 3: \$28 • Medicamentos del Nivel 4: \$58 • Medicamentos del Nivel 5: 33% • Medicamentos del Nivel 6: \$1 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago y coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: \$2 • Medicamentos del Nivel 2: \$6 • Medicamentos del Nivel 3: \$28 • Medicamentos del Nivel 4: \$55 • Medicamentos del Nivel 5: 33% • Medicamentos del Nivel 6: \$0

Aviso anual de cambios para 2019

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2019	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	10
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	19
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	20
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en MCS Classicare Essential (OSS-PDS).....	20
Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	21
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	22
SECCIÓN 7 Preguntas	23
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de MCS Classicare Essential (OSS-PDS)	23
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	24

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

Sección I.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (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.

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 la Parte B por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</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 con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,400	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.mcsciclassicare.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 2019 para ver 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, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los 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 manejando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, 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 y a 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.mcsclearicare.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 2019 para ver 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 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Servicios de Nutricionista</p>	<p>Los Servicios de Nutricionista <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la Red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por seis (6) visitas cada año para una evaluación personal y un plan de dieta diseñado por un dietista certificado.</p> <p>Este beneficio no es el mismo beneficio que la terapia médica de nutrición que es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo solicita el médico del afiliado. El nuevo beneficio de nutrición está disponible para todos nuestros afiliados.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles. Para obtener una lista de los dietistas disponibles, consulte su Directorio de proveedores y farmacias.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio):</p> <p>No está cubierto.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Artículos <u>no</u> incluidos en la lista OTC.</p>	<p>Los artículos fuera del recetario incluirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pañales para adultos • Protectores desechables (“underpads”) • Monitor de presión arterial (Un monitor de presión arterial por año póliza) <p>Consulte su Evidencia de Cobertura y la Guía de artículos fuera del recetario para información sobre las reglas del plan y una lista completa de los artículos cubiertos.</p>
<p>Transportación</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por dos (2) viajes (de ida o de vuelta) a un lugar aprobado por el plan cada año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cuatro (4) viajes (de ida o de vuelta) a un lugar aprobado por el plan cada año.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Terapia de Ejercicios Supervisados</p>	<p><u>No</u> está incluido en la Evidencia de Cobertura.</p>	<p>Dentro de la Red: Usted paga un copago de \$3 para la Terapia de Ejercicios Supervisados cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red (Opción Punto de Servicio): 35% del costo total.</p> <p>Los servicios de Terapia de Ejercicios Supervisados (SET, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare; miembros que padecen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y que tienen un referido por PAD emitido por un médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Puede requerir preautorización.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B <u>no</u> están sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p>	<p>Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>La terapia escalonada es un tipo de autorización previa para medicamentos recetados que fomenta el probar la terapia farmacológica más preferida para una condición médica, progresando a otras terapias solo si es necesario, para promover mejores decisiones clínicas.</p> <p>Para obtener más información acerca de la terapia escalonada, consulte su Evidencia de Cobertura o comuníquese con el plan para 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”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos es provista de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo 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. **Le 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 afección médica.

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 año contrato actual, comenzando el día en que su excepción fue aprobada.

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 comenzar el 2019, podríamos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, a la misma vez, lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo al mismo nivel de costo compartido o más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, al añadir el medicamento genérico nuevo, podemos tomar la decisión de mantener el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente, o añadir nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando el medicamento de marca que se reemplaza por el medicamento genérico nuevo (o el nivel o la restricción en los cambios del medicamento de marca), dejará de recibir una notificación sobre el cambio a los 60 días antes de que lo efectuemos, u obtener una repetición de su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún obtendrá información sobre el

cambio específico que efectuemos, pero puede que la reciba después de que el cambio se haya realizado.

Además, comenzando en 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que nos requiera proveerle una notificación por adelantado, si se encuentra tomando otro medicamento, le proveeremos un aviso de 30 días, en lugar de 60 días, antes de que realicemos el cambio. O le daremos una repetición de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

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 tal 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 el Capítulo 5, Sección 6 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 pague 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 de brecha de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa I: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos un deducible, esta etapa no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos un deducible, esta etapa 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	2018 (este año)	2019 (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 sección son para 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</p> <p>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 \$3 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$6 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$28 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$58 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos para cuidado especial: Usted paga \$1 por medicamento recetado.</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 \$2 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$6 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$28 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$55 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos para cuidado especial: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha de cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha de cobertura).


Cambios en la Etapa de brecha de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa de brecha de cobertura o a la Etapa de cobertura catastrófica.** 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

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Apelación de Nivel I (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	Usted puede solicitar la apelación estándar por escrito.	Si solicita una apelación estándar, usted puede solicitar la apelación estándar por escrito o llamándonos. Para garantizar que su solicitud se trata de manera justa y oportuna, el proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límites que debemos seguir nosotros y usted.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		Refierase al Capítulo 9, sección 5.3 de su Evidencia de Cobertura para detalles.
 Vacunaciones	Vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno.	Vacunas contra la gripe, una vez <i>cada</i> temporada de gripe, en otoño e invierno. Usted también recibe vacunas contra la gripe adicionales, si son médicamente necesarias.

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 para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, 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 BIEN* - puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (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 Buscador de Planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://es.medicare.gov> y seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **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 2019.

¿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 pudieran 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 se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2019. 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 en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 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 **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto a Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el 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 el 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 a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 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

- 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, incluyendo 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 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 Essential (OSS-PDS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2019* (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 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2019* 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. Una copia separada de la *Evidencia de Cobertura* se le enviará por correo, si la solicita.

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 ver la información sobre los planes, vaya a <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.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.