

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

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como miembro de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS). El próximo año, se producirán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le informa acerca de los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer ahora

1. 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 1.4 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si sus médicos y demás proveedores serán parte de nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos 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.
- 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 <https://es.medicare.gov>. Haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos".

- 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 desea **conservar** MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS), no tiene que hacer nada. Usted permanecerá en MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).
- Para cambiar a una **cobertura distinta** que mejor cubra sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018**.

- Si usted **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, usted permanecerá en MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).
- Si usted 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 libre de costos 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). Las horas de atención son 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 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 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 manual dice “nosotros” o “nuestro”, significa MCS Advantage, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y de 2019 para MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso anual de cambios** y revise la *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios a beneficios o costos le afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte los detalles en la sección 1.2).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$5 por visita para proveedores de la Red Especial (RE) \$10 por visita para proveedores de la Red General (RG)	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$4 por visita para proveedores de la Red Especial (RE) \$8 por visita para proveedores de la Red General (RG)

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Estadías de pacientes hospitalizados Incluye servicios de hospitalización aguda, de 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>	<p>\$0 por cada estadía intrahospitalaria para proveedores de la Red Especial (RE)</p> <p>\$50 por cada estadía intrahospitalaria para proveedores de la Red General (RG)</p>	<p>\$0 por cada estadía intrahospitalaria para proveedores de la Red Especial (RE)</p> <p>\$50 por cada estadía intrahospitalaria para proveedores de la Red General (RG)</p>

Aviso anual de cambios para 2019

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2019.....	3
SECCIÓN 1 Cambios a beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios a la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo.....	6
Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios a beneficios y costos para servicios médicos	8
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos.....	10
SECCIÓN 3 Cómo elegir el plan.....	11
Sección 3.1 – Si desea permanecer en MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).....	11
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare.....	12
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	13
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	14
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).....	14
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	14

SECCIÓN I Cambios a beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción a la prima de la Parte B (Su prima de la Parte B se reducirá mensualmente según la cantidad que se muestra en esta línea.)	\$0	\$35

Sección 1.2 – Cambios a la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo

Para su protección, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se conoce como “cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo”. Cuando usted alcanza esta cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores

Para el próximo año, se han efectuado cambios en nuestra red de proveedores. Un Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web www.mcsciclassicare.com. También puede llamar al Centro de Llamadas para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Por favor, revise el Directorio de proveedores de 2019 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, Medicare requiere que le proveamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para facilitarle el aviso con al menos 30 días de anticipación indicándole que su proveedor está dejando nuestro 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 se encuentra bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario que recibe no sea interrumpido. Coordinaremos con usted para asegurarnos que reciba el tratamiento.
- 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 a beneficios y costos para servicios médicos


Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener 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 usted paga)*, en la *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios quiroprácticos	<p>Usted paga un copago de \$5 para cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 para hasta 6 visitas de rutina no cubiertas por Medicare (pero cubiertas por el plan).</p>	<p>Usted paga un copago de \$4 para cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$4 para hasta 6 visitas de rutina no cubiertas por Medicare (pero cubiertas por el plan).</p>
Servicios médicos/ profesionales, incluyendo visitas al consultorio médico	<p>Proveedores de la Red Especial (RE): Usted paga un copago de \$5 para cada visita al médico especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Proveedores de la Red General (RG): Usted paga un copago de \$10 para cada visita al médico especialista cubierta por Medicare.</p>	<p>Proveedores de la Red Especial (RE): Usted paga un copago de \$4 para cada visita al médico especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Proveedores de la Red General (RG): Usted paga un copago de \$8 para cada visita al médico especialista cubierta por Medicare.</p>
Servicios del podiatra	<p>Proveedores de la Red Especial (RE): Usted paga un copago de \$5 para cada visita al médico podiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Proveedores de la Red General (RG): Usted paga un copago de \$10 para cada visita al médico podiatra cubierta por Medicare.</p>	<p>Proveedores de la Red Especial (RE): Usted paga un copago de \$4 para cada visita al médico podiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Proveedores de la Red General (RG): Usted paga un copago de \$8 para cada visita al médico podiatra cubierta por Medicare.</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>Usted paga un copago de \$3 para la Terapia de Ejercicios Supervisados cubierta por Medicare.</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>
<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 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)
<p>Apelación de Nivel I (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)</p>	<p>Usted puede solicitar la apelación estándar por escrito.</p>	<p>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. Refiérase al Capítulo 7, sección 5.3 de su Evidencia de cobertura para detalles.</p>
<p> Vacunaciones</p>	<p>Vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno</p>	<p>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.</p>

SECCIÓN 3 Cómo elegir el plan

Sección 3.1 – Si desea permanecer en MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS)

Para permanecer en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud Medicare diferente,
- – O-- puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para conocer más acerca de Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2019*, llame al Programa Estatal sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área mediante el uso del buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://es.medicare.gov> y haga clic sobre “Revisar y comparar sus opciones de cobertura”. **Aquí puede encontrar información acerca de costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

A modo de recordatorio, MCS Advantage, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare distinto**, inscribábase en el nuevo plan. Automáticamente se le dará la baja de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribábase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará la baja de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS).
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:

- Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Póngase en contacto con nuestro Centro de Llamadas si necesita más información al respecto (los números de teléfono están en la sección 7.1 de este manual).
- – O – póngase en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan distinto 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.

¿Se puede hacer cambios en otra fecha?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las personas que tienen cobertura patronal o están dejándola y las personas que se mudan fueran del área de servicio tal vez puedan realizar cambios en otras fechas. Si desea más información, consulte la sección 2.3 en el capítulo 8, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no se encuentra a gusto con su selección, 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) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Si desea más información, consulte la sección 2.2 del capítulo 8, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del Gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Puerto Rico, el programa SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es independiente (no está relacionado con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** a las personas con Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Ellos pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio 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 acerca del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si visita su sitio web (www.oppea.pr.gov).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta 75% o más de los costos de sus medicamentos, que incluye primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas elegibles no tendrán un período sin cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas desconocen que son elegibles. Para saber si es elegible, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1- 877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa de Asistencia en Medicamentos para Pacientes con VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés)?** El Programa de Asistencia en Medicamentos para Pacientes con VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a asegurar que las personas que viven con VIH/Sida, y que son elegibles a ADAP, tengan acceso a medicamentos de VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados del Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - Ryan White Parte B / Programa ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico. Tenga en cuenta: Para ser elegible en el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios tales como prueba de residencia del Estado y estatus de VIH, ingreso económico bajo como lo define el Estado, sin seguro o seguro limitado.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, este puede aún proveerle ayuda para el costo compartido de recetas de la Parte D de Medicare para medicamentos que están en el formulario de ADAP. Para cerciorarse de continuar recibiendo esta ayuda, por favor notifique cualquier cambio de nombre de plan de la Parte D de Medicare, o número de póliza, al empleado de afiliaciones de su oficina local de ADAP. Por favor, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud (HIAP, por sus siglas en inglés) - 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, 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 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a 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). 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 gratis.

Lea su *Evidencia de cobertura 2019* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2019. Para obtener detalles consulte la *Evidencia de cobertura* de MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* separada se le enviará por correo, si la solicita.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.mcsclassicare.com. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, ingrese en <https://es.medicare.gov> y haga clic en el botón “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea el manual Medicare y Usted 2019

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Este manual se envía por correo en el otoño de cada año a las personas que tienen Medicare. El manual contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.