



MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) ofrecido por MVP Health Plan, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTAR: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital)
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad para 2025
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año

- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare
- Piense si está satisfecho con nuestro plan

2. COMPARAR: obtenga información sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan

3. ELEGIR: decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)
- Consulte la sección 3, página 13 para obtener más información sobre sus opciones
- Si se mudó hace poco o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español
- Comuníquese con el número del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Esta llamada es gratuita
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluido braille y en letra grande (los números de teléfono están disponibles en la Sección 7 de este folleto)

- **La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información

Acerca de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

- MVP Health Plan es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con contratos con Medicare y con el programa Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa MVP HEALTH PLAN, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Y0051_9756_M

Aviso Anual de Cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025.....	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) en 2025.....	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2: Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal	7
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	16
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	18
SECCIÓN 7 ¿ Tiene preguntas?	20
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).....	20
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid	21

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visita de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: Usted paga \$0 de copago por visita.	Visita de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: Usted paga \$0 de copago por visita.
Estadías en el hospital para pacientes internados	Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Deducible: \$0 Copago según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cantidades máximas de desembolso personal</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte</p>	\$0	\$0
<p>A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).</p>	<p>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) en 2025

Si no hace nada en 2024, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague).</p>	\$0	\$0

Sección 2.2: Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina cantidad máxima de desembolso personal. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cantidad máxima de desembolso personal	\$0	\$0
Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alguna vez alcanzan este gasto de bolsillo máximo. Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.	Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos en el plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* mvphealthcare.com/findadoctor para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias de 2025* en mvphealthcare.com para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4: 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.

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios dentales: preventivos e integrales</p>	<p>Monto de la cobertura del beneficio máximo anual del plan: \$2,000 por año calendario para beneficios de servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen el límite son su responsabilidad).</p> <p>Atención dental preventiva: (Exámenes bucales, profilaxis, tratamiento con flúor, radiografías) Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Servicios dentales integrales: (Servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios) Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Pago limitado a la Tabla de tarifas establecidas. Beneficio disponible únicamente a través de proveedores dentro de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>	<p>Atención dental preventiva: (Exámenes bucales, profilaxis, tratamiento con flúor, radiografías, otros servicios dentales preventivos) Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Servicios dentales integrales: (Servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, prótesis maxilofaciales, servicios de implante, cirugía bucal y maxilofacial, servicios generales complementarios) Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Se aplican limitaciones al servicio según el programa de tarifas establecido, incluido el tipo de servicio, el número y la frecuencia. Beneficio disponible únicamente a través de proveedores dentro de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Medicamentos de venta libre (OTC)</p>	<p>Asignación de \$100 por trimestre.</p> <p>La asignación se recibe trimestralmente y se usa para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se transfiere de un trimestre a otro.</p>	<p>Asignación de beneficios flexibles de \$175 por mes.</p> <p>La asignación mensual se puede usar para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro.</p> <p>La asignación mensual es un beneficio combinado con los Beneficios Adicionales del VBID: alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida.</p> <p>Consulte “Beneficios Adicionales del VBID: tarjeta de beneficios flexibles para alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida” en esta sección para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficio de alimentos y productos agrícolas para afecciones crónicas</p>	<p>Los clientes con una afección crónica elegible reciben una asignación de \$75 por mes para la compra de alimentos y productos a través del proveedor o la tienda minorista aprobada por el plan. Los alimentos y productos están restringidos a las ofertas del catálogo de proveedores y se entregan a domicilio en la residencia del afiliado o a través de una tienda minorista aprobada. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.</p>	<p>Consulte “Beneficios Adicionales del VBID: tarjeta de beneficios flexibles para alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida” en esta sección para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficios Adicionales del VBID: tarjeta de beneficios flexibles de alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Asignación de beneficios flexibles de \$175 por mes. La asignación se puede utilizar para la compra de alimentos y productos agrícolas a través del proveedor o tienda minorista que el plan aprobó o para pagos de servicios públicos para electricidad, agua, calefacción, Internet o teléfono. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro.</p> <p>Este es un beneficio combinado con la asignación mensual para medicamentos de venta libre (Over-The Counter, OTC).</p> <p>Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p> <p><i>Medicare aprobó a MVP Health Plan, Inc. para proporcionar estos beneficios como parte del Programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.</i></p>

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de 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 proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para algunos medicamentos o cambiar medicamentos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o para saber si su medicamento cambió a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está usando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP para obtener más información.

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si toma un medicamento o producto biológico de marca que se está reemplazando por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o reciba un suministro para un mes de su medicamento o producto biológico de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento o producto biológico de marca en el momento en que hacemos el cambio, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilares#For%20Patients> . También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados o pedirle más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

A partir de 2025, podemos eliminar de inmediato medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos medicamentos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero agregar de inmediato nuevas restricciones.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilares#For%20Patients>. También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados o pedirle más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. La Etapa de período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos de su bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura

inicial	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: \$0</p> <p>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: \$0</p> <p>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situación catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situación catastrófica

La Etapa de cobertura en situación catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos de su bolsillo.

Si llega a la Etapa de cobertura en situación catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Le recordamos que MVP Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - o Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP si necesita más información sobre cómo hacerlo
 - o – O – Comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare 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 2025.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene Medicaid de Nueva York, es posible que pueda dar por finalizada su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, entre ellos:

- Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado
- Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. (Si eligió esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente)
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó hace poco o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Asistencia Sobre Información de Seguro de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Nueva York, llame al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York.

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. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted califica, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame al:

- o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- o La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778
- o La oficina de Medicaid de su estado
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, los ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Atención de VIH para no Asegurados del Departamento de Salud para el VIH del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-800-542-2437**.

SECCIÓN 7 ¿ Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos listos para ayudarlo. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872. (Solo para TTY, llame al 711) Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (tiene 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 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en mvphealthcare.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 7.2: Cómo obtener 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), 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.