



MVP[®] Medicare WellSelect[®] con Parte D (PPO) ofrecido por MVP Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como afiliado a MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). 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 Medicare para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

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

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, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- 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 2023.
- 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 2022, permanecerá en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO).
- Para cambiar a un plan **diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el 1 de **enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de 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 recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924** 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 información está disponible en un formato diferente, incluyendo braille y letra grande. (Los números de teléfono están en la Sección 8 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 (IRS) en:

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

- MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) es un plan de PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en MVP Medicare WellSelect con Parte D depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a MVP Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO).

Y0051_7496_C

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023		5
SECCIÓN 1	A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en 2023	8
SECCIÓN 2	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	8
	Sección 2.1: Cambios en la prima mensual.....	8
	Sección 2.2: Cambios en sus cantidades máximas de desembolso personal	9
	Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	10
	Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
	Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	17
SECCIÓN 3	Cambios administrativos	21
SECCIÓN 4	Cómo decidir qué plan elegir	21
	Sección 4.1: Si desea permanecer en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) ..	21
	Sección 4.2: Si desea cambiar de plan	22
SECCIÓN 5	Fecha límite para cambiar de plan.....	23
SECCIÓN 6	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	23
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	24
SECCIÓN 8 ¿	Tiene preguntas?.....	25
	Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) .	25
	Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	25

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Cantidades máximas de desembolso personal 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 2.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$7,550 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$11,300	De proveedores de la red: \$7,550 Desde proveedores de la red y de fuera de la red: \$11,300

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$5 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas:</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$45 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$50 de copago por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$5 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas:</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$45 de copago por visita.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$50 de copago por visita.</p>
<p>Estadías en el hospital para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$385 de copago por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago por los días 6 en adelante.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro del costo total.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$385 de copago por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago por los días 6 en adelante.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro del costo total.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible de \$250/Niveles 3 a 5</p> <p>Copago/Coseguro por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago. • Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago. • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago. • Nivel 4 de medicamentos: 25 % de coseguro. • Nivel 5 de medicamentos: 27 % de coseguro. 	<p>Deducible de \$250/Niveles 3 a 5</p> <p>Copago/Coseguro por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago. • Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago. • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago. • Nivel 4 de medicamentos: 25 % de coseguro. • Nivel 5 de medicamentos: 27 % de coseguro. • Medicamentos de insulina seleccionados: \$35 de copago.

Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas seleccionadas haciendo referencia a los productos de la Lista de medicamentos con una designación "SI". Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare (los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare se encuentran en la sección 8 de este folleto).

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en 2023

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO).

Esto significa que a partir del 1 de enero de 2023, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir "Ayuda adicional", es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe también continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Prima mensual del beneficio dental complementario opcional	\$25	\$25

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en sus cantidades máximas de desembolso personal

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “cantidades máximas 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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de los proveedores de la red cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.</p>	<p>\$7,550</p>	<p style="text-align: center;">\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de desembolso personal combinada</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de los proveedores de la red y fuera de la red cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal fuera de la red. Sus costos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal por servicios médicos.</p>	<p>\$11,300</p>	<p style="text-align: center;">\$11,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$11,300 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias 2023 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 de MVP Medicare para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios de emergencia	Usted paga \$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias. El copago también se aplica a las visitas de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo.	Usted paga \$95 de copago por cada visita a la sala de emergencias. El copago también se aplica a las visitas de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Servicios de audición</p>	<p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing por año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.</p> <p>TruHearing Advanced: \$699 de copago por audífonos</p> <p>TruHearing Premium: \$999 de copago por audífonos</p> <p>Las compras de audífonos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas al proveedor dentro del primer año de la compra de audífonos • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes de oído 	<p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing por año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores y están disponibles en opciones de estilo recargables sin costo adicional. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.</p> <p>TruHearing Advanced: \$699 de copago por audífonos</p> <p>TruHearing Premium: \$999 de copago por audífonos</p> <p>O BIEN</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Servicios de audición (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales • Audífonos que no son los audífonos de la marca TruHearing • Cargos por devolución de audífonos • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.</p> <p>Los copagos de audífonos no están sujetos al máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>Hasta \$600 para el costo de 2 audífonos no implantables del catálogo TruHearing correspondiente cada año (límite de 1 audífono por oído). Después de que el Plan haya pagado el beneficio, usted es responsable de los costos restantes que excedan la asignación.</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • Suministro de baterías para 3 años por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes de oído • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Servicios de audición (continuación)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no están en el formulario de productos TruHearing correspondiente • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.</p> <p>Los costos que usted paga por los servicios de audición, incluidos los copagos de los exámenes de audición de rutina y los copagos o costos de los audífonos, no contarán para su gasto de bolsillo máximo ni estarán sujetos a este.</p>
<p>Kit de cuidado de reemplazo de articulaciones</p>	<p>No cubierto.</p>	<p>Los clientes que tengan una autorización previa o se hayan sometido a un reemplazo articular dentro del año del plan, con un</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		<p>diagnóstico de artritis reumatoide u osteoartritis, pueden recibir un kit de cuidado personalizado con artículos como, por ejemplo, pinza alcanza objetos, calzador, alfombra antideslizante para baño, cordones para zapatos sin amarre y esponja de mango largo para ducha, a través de nuestro proveedor contratado autorizado.</p>
<p>Centro de Enfermería Especializada</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 a 20. Usted paga \$188 de copago por día para los días 21 a 100 dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los días 1 a 20. Usted paga \$196 de copago por día para los días 21 a 100 dentro de la red.</p>
<p>Terapia escalonada</p>	<p>No se requiere terapia escalonada para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	<p>La terapia escalonada se aplica a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Terapia escalonada significa que es posible que deba probar un medicamento diferente y menos costoso que trate la misma afección antes de que cubramos un medicamento más costoso.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET) para servicios de enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por cada sesión de terapia de ejercicio.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada sesión de terapia de ejercicio.</p>
<p>Servicios de telesalud</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de telesalud a través del proveedor de atención virtual aprobado por el plan para los siguientes servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización • Atención urgente • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y psiquiatría • Consulta nutricional • Fisioterapia • Terapia ocupacional 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de telesalud a través del proveedor de atención virtual aprobado por el plan para los siguientes servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización • Atención urgente • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y psiquiatría • Consulta nutricional
<p>Servicios de transporte: no cubiertos por Medicare</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Máximo de 12 traslados de ida por año para citas médicas a ubicaciones</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Máximo de 26 traslados de ida por año para citas médicas a ubicaciones</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>aprobadas por el plan de salud (máximo de 30 millas de ida por traslado).</p> <p>Debe utilizar el proveedor aprobado por el plan para los servicios de transporte.</p>	<p>aprobadas por el plan de salud (máximo de 30 millas de ida por traslado).</p> <p>Debe utilizar el proveedor aprobado por el plan para los servicios de transporte.</p>
Servicios de urgencia	<p>Usted paga \$65 de copago por cada visita de atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga \$60 de copago por cada visita de atención de urgencia.</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.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los fármacos que la FDA considera inseguros o que un fabricante de productos retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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 contactar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.

Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas seleccionadas haciendo referencia a los productos de la Lista de medicamentos con una designación "SI". Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare (los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare se encuentran en la sección 8 de este folleto).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Aviso: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con**

receta médica de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un manual por separado, denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta” (también llamada la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este manual antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite el "Usuario de LIS".

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La siguiente información muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferidos del Nivel 3, medicamentos no preferidos del Nivel 4 y medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por costo compartido de medicamentos recetados para medicamentos de Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1, \$12 por receta para Medicamentos genéricos de Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de Medicamentos de marca preferidos de Nivel 3, Medicamentos no preferidos de Nivel 4 y Medicamentos especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por costo compartido de medicamentos recetados para medicamentos de Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1, \$12 por receta para Medicamentos genéricos de Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de Medicamentos de marca preferidos de Nivel 3, Medicamentos no preferidos de Nivel 4 y Medicamentos especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) 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 recetados pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: Usted paga 27 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: Usted paga 27 % del costo total.</p> <p>Medicamentos de insulina seleccionados: Usted paga \$35 por receta para insulinas seleccionadas.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	(la Etapa de período sin cobertura).	\$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura). MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) ofrece cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante la etapa de Brecha de Cobertura, sus costos de bolsillo para insulinas seleccionadas serán de \$35 por un suministro de un mes.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Período de Inscripción en la Cláusula Dental Complementaria Opcional</p>	<p>La inscripción en el Beneficio dental complementario opcional está disponible al comienzo del año del contrato para todos los afiliados, al momento de la inscripción inicial para los nuevos afiliados y continuamente durante todo el año del contrato para todos los afiliados.</p>	<p>La inscripción en el beneficio dental complementario opcional está disponible al comienzo del año del contrato para todos los afiliados. La inscripción está disponible en el momento de la inscripción inicial para los nuevos afiliados y durante un período de 90 días consecutivos a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Después de 90 días, no puede inscribirse en el beneficio dental complementario opcional durante el resto del año del contrato en el que está inscrito continuamente.</p>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea permanecer en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

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 le inscribirá automáticamente en nuestro plan MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO).

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para 2023, 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

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 2023, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

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

SECCIÓN 5 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 2023.

¿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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su elección de plan, 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 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de 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 recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 ayudarle 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**.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y coseguro. Además, quienes califiquen, no tendrán interrupción en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica, 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 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
 - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **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 recetados 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 recetados 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 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos listos para ayudarlo. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924**. (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 2023* (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 2023. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* para MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). 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 recetados. 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 Medicare 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 8.2: 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 2023*

Lea el manual Medicare y usted 2023. Cada otoño, este folleto 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.