



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

Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de MVP DualAccess con Parte D (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/Atención al Cliente 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, 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 2024 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 2024*.
- 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 2023, permanecerá en MVP DualAccess con Parte D (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 2024**. Esto finalizará su inscripción en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3.2, página 18 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 nuestro número de Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente 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 distinto, incluidos braille y en letra grande. (Los números de teléfono se encuentran en la Sección 8 de este

manual). **La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, 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 con Parte D (HMO D-SNP)

- MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con contrato con Medicare y con el programa Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en MVP Health Plan 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 DualAccess con Parte D (HMO D-SNP).

Y0051_8488_M

Aviso Anual de Cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024		5
SECCIÓN 1	A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP DualAccess con la Parte D (HMO D-SNP) en 2024	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 su cantidad máxima de desembolso personal.....	8
	Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias.....	9
	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	15
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	19
	Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) ..	19
	Sección 3.2: Si desea cambiar de plan.....	19
SECCIÓN 4	Cambiarse a otro plan	20
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	21
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	22
SECCIÓN 7	¿Tiene preguntas?	23
	Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) .	23
	Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	24
	Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid	24

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para MVP DualAccess con Parte D (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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	<p>Visita de atención primaria:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>	<p>Visita de atención primaria:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>
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.

Costo	2023 (este año)	2024 (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:</p> <p>El monto de su deducible es de \$0 o \$104, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • Nivel 2 de medicamentos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • Nivel 3 de medicamentos <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta* • Nivel 4 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* 	<p>Deducible de \$0.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 5 de medicamentos <p><u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta*</p>	
<p>Cantidad máxima 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).</p>	<p>\$0</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>\$0</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 con la Parte D (HMO D-SNP) en 2024

Si no hace nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de MVP DualAccess con Parte D (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 recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague).	\$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 durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima de desembolso personal</p> <p>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 los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.</p>	\$0	<p>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</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/Atención al Cliente 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 2024 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. **Revise el Directorio de Farmacias de 2024 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	2023 (este año)	2024 (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 \$50 por mes para la compra de alimentos y productos a través del proveedor aprobado 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. El cliente dará fe de una afección crónica elegible para recibir los alimentos y producir el beneficio. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.</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>

Servicios de audición**Examen de audición:**

\$0 de copago por 1 examen de la audición de rutina por año.

Audífonos:

No cubierto

Examen de audición:

\$0 de copago por 1 examen de la audición de rutina por año.

Audífonos:

Hasta dos audífonos (uno por oído cada 3 años). El beneficio se limita a un formulario limitado de audífonos de los principales fabricantes (el "Formulario del DSNP"). Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.

La compra de audífonos incluye:

- Primer año de visitas de seguimiento al proveedor
- Período de prueba de 60 días
- Garantía extendida de 3 años
- 80 baterías por audífono para modelos no recargables

El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:

- Audífonos de venta libre (OTC)
- Moldes de oído

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no están en el Formulario del DSNP • 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>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios dentales preventivos e integrales</p>	<p>Atención dental preventiva:</p> <p>Usted paga \$0, el beneficio se limita a 2 exámenes bucales, 2 limpiezas y 2 series de radiografías por año calendario.</p> <p>Los pagos se limitan a un programa de tarifas establecidas. Los servicios que superen el límite son su responsabilidad.</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>El beneficio se limita a un máximo de \$1,000 por año calendario.</p> <p>Usted no paga deducible ni costo compartido por los siguientes servicios cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes oculares • Radiografías • Extracciones simples • Empastes • Cirugía bucal • Endodoncia (tratamientos de conducto) • Periodoncia • Prostodoncia (dentaduras 	<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)</p> <p>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)</p> <p>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</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>postizas parciales, coronas) La ortodoncia no es un beneficio cubierto.</p>	<p>más información.</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, 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 comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

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 sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (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. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: • <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10 o 15 % por receta* • Nivel 4: medicamentos no preferidos: 	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: \$0. Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<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, en una farmacia de la red que ofrece costo compartido para medicamentos preferidos o sobre medicamentos con receta de pedido 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 un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10 o 15 % por receta* • Nivel 5: medicamentos especializados: • <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10 o 15 % por receta* <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	

Cambios en su beneficio de la Parte D para el VBID

MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) ha sido aprobado para participar en la eliminación del costo compartido de la Parte D para el modelo de diseño de seguro

basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) en 2024. Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D, pagará \$0 por receta para medicamentos en todos los niveles de medicamentos en 2024.

Cambios en la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura frente a catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura frente a catástrofes) son para personas que tienen altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no alcanzan dichas etapas.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura frente a catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP DualAccess con Parte D (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 con Parte D (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 2024, 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 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección

Le recordamos que MVP Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Esos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) 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 DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP 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.

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 Cambiarse a otro 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 2024.

¿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 finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 2024.

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 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, 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 en Nueva York, comuníquese con Medicaid en Nueva York 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 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.** 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 recetados, 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:
 - 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 con receta para personas con VIH/SIDA. El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, 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 con Parte D (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos listos para ayudarlo. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP 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 2024* (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 2024. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2024* para MVP DualAccess con Parte D (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 recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en **mvphhealthcare.com**. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **mvphhealthcare.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 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. 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.