



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

Aviso Anual de Cambios para 2024

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 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 Medicare WellSelect con Parte D (PPO).
- 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 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 llamada es gratuita.
- 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 (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 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_8491_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 Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en 2024	8
SECCIÓN 2	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
	Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	9
	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	11
	Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	15
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	20
	Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)	20
	Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 4	Fecha límite para cambiar de plan	21
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	22
SECCIÓN 7	¿Tiene preguntas?	24
	Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)	24
	Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	24

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 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	2023 (este año)	2024 (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 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$11,300
Visitas al consultorio del médico	Visita de atención primaria: Usted paga \$0 por visita. Fuera de la red: Usted paga \$5 por visita. Visitas a especialistas: Usted paga \$45 por visita. Fuera de la red: Usted paga \$50 por visita.	Visita de atención primaria: Usted paga \$0 por visita. Fuera de la red: Usted paga \$5 por visita. Visitas a especialistas: Usted paga \$45 por visita. Fuera de la red: Usted paga \$50 por visita.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<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>
<p>Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$250 para los niveles 3-5, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.</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. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: 	<p>Deducible: \$250 para los niveles 3-5, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.</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. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos:

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Coseguro del 25 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos: Coseguro del 27 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico, o un medicamento que se trate como un genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Coseguro del 25 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos: Coseguro del 27 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en 2024

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO).

Esto significa que a partir del 1 de enero de 2024, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir una "Ayuda Adicional", es posible que pueda cambiar de plan en otro momento.

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 (Usted debe también continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 Este no es un cambio con respecto a 2023.
Prima mensual del beneficio dental complementario opcional	\$25	Los beneficios dentales integrales ahora están incluidos sin prima adicional.

- 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	2023 (este año)	2024 (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 proveedores de la red cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red. Sus costos por medicamentos con receta 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 proveedores de la red y fuera de la red cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal combinada. 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> <p>Este no es un cambio con respecto a 2023.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en mvphealthcare.com.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vencimiento: 29 de febrero de 2024)

24MVPDBAE13

También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare 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 de MVP 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios dentales preventivos e integrales	<p>Atención dental preventiva:</p> <p>Usted paga \$0 de copago, 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>Monto de la cobertura del beneficio máximo anual del plan: \$1,500 por año calendario para beneficios dentro y fuera de la red para 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>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Este no es un beneficio cubierto.</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>Servicios dentales integrales:(Servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios)</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 20 %-50 % de coseguro.</p> <p>Pago limitado a la Tabla de tarifas establecidas. Si su proveedor no participa en la red del plan y cobra más que el beneficio máximo permitido, usted será responsable del costo adicional. Pueden aplicarse máximos por categoría de servicio. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
<p>Servicios de Programas para el Tratamiento por Consumo de Opiáceos</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$45 de copago por cada servicio de Programas de Tratamiento con Opioides cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada servicio de Programas de Tratamiento con Opioides cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada servicio de Programas de Tratamiento con Opioides cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$50 de copago por cada servicio de Programas de Tratamiento con Opioides cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$45 de copago por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Medicamentos de venta libre</p>	<p>Asignación de \$25.00 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 \$75.00 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>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</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>Usted paga \$0 de copago por los días 1 a 20. Usted paga \$203 de copago por día para los días 21 a 100 dentro de la red.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada visita de atención de urgencia, dentro o fuera de la red.</p> <p>\$95 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo o atención urgente en todo el mundo.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$30 de copago por cada visita de atención de urgencia, dentro o fuera de la red.</p> <p>\$95 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo o atención urgente en todo el mundo.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Traslados de emergencia en todo el mundo	En 2023, los traslados de emergencia en todo el mundo no son un beneficio cubierto.	Dentro y fuera de la red: Usted paga \$200 de copago por el traslado de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El traslado de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.

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

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 2023, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite la Cláusula adicional 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	2023 (este año)	2024 (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. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por costo compartido para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, \$12 por receta para medicamentos genéricos del Nivel 2 y el costo total de los 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 \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por costo compartido para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, \$12 por receta para medicamentos genéricos del Nivel 2 y el costo total de los 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>

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>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. 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> <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. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina</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. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga 27 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/>	<p>Nivel 5: medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga 27 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <hr/>
<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</p>	<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>	<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>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
un nivel diferente, búselos en la "Lista de medicamentos".		

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 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 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. 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 2024*, 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**, inscríbese 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**, inscríbese 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:
 - Enviarnos 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 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 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.

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

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**.

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.** 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 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 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 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 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 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.