



MVP DualAccess (HMO D-SNP) ofrecido por MVP HEALTH PLAN, INC.

## Aviso Anual de Cambios para 2026

usted está inscrito como afiliado de MVP DualAccess (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en MVP DualAccess (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista que aparece al dorso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en [mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

### Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español
- Según la norma final CMS-4205-F publicada el 4 de abril de 2024, secciones 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares que, como mínimo, establezca que nuestro plan proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados sin cargo. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, como mínimo, en los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados correspondientes dentro del área de servicio de nuestro plan, y debe ofrecer el aviso en formatos alternos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.
- Para obtener más información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Esta llamada es gratuita.

- Esta información está disponible en un formato diferente, incluido braille y en letra grande (los números de teléfono están disponibles en la Sección 7 de este folleto)

**Acerca de MVP DualAccess (HMO D-SNP)**

- MVP Health Plan es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con contratos con Medicare y con el programa Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
  - Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a MVP HEALTH PLAN, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MVP DualAccess (HMO D-SNP)
  - **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess (HMO D-SNP).** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de MVP HEALTH PLAN, INC. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.
- 

Y0051\_0542\_M

## Índice

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2026 .....</b>                                | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1      Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>  | <b>6</b>  |
| Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan .....                             | 6         |
| Sección 1.2: Cambios en su monto de gastos de bolsillo máximos.....                 | 6         |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....                                 | 7         |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....                                   | 8         |
| Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....       | 8         |
| Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D .....            | 13        |
| Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta ..... | 13        |
| <b>SECCIÓN 2      Cambios administrativos .....</b>                                 | <b>17</b> |
| <b>SECCIÓN 3      Cómo cambiar de plan .....</b>                                    | <b>18</b> |
| SECCIÓN 3.1 Fechas límite para cambiar de plan.....                                 | 18        |
| Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio? .....                 | 19        |
| <b>SECCIÓN 4      Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>    | <b>20</b> |
| <b>SECCIÓN 5      ¿Tiene preguntas? .....</b>                                       | <b>21</b> |
| Reciba ayuda de MVP DualAccess (HMO D-SNP).....                                     | 21        |
| Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                                 | 22        |
| Reciba ayuda de Medicare .....                                                      | 22        |
| Reciba ayuda de Medicaid .....                                                      | 23        |

## Resumen de costos importantes para 2026

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2025<br>(este año)                                                                                                                                 | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Para obtener detalles, vaya a la Sección 1.1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                                                                                                                | \$0                                                                                                                                                |
| <b>Cantidad máxima de desembolso personal</b><br>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B<br>(Vaya a la Sección 1.2 para obtener detalles).                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0<br><br>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. | \$0<br><br>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |
| <b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Usted paga \$0 de copago por visita.                                                                                                               | Usted paga \$0 de copago por visita.                                                                                                               |
| <b>Visitas al consultorio del especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Usted paga \$0 de copago por visita.                                                                                                               | Usted paga \$0 de copago por visita.                                                                                                               |
| <b>Estadías en el hospital para pacientes internados</b><br>Incluye servicios para pacientes internados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta hospitalaria es su último día como paciente hospitalizado. | Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.                                                                           | Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                              | 2025<br>(este año)                                                                                                                       | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Vaya a la Sección 1.7 para obtener detalles).                                                                                                                                             | \$0                                                                                                                                      | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Vaya a la Sección 1.7 para obtener detalles, incluidos los deducibles anuales, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).<br><br><b>Niveles 1 a 5 de medicamentos:</b> | <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> | <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$0 de copago o</li> <li>- \$1.60 de copago o</li> <li>- \$5.10 de copago</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$0 de copago o</li> <li>- \$4.90 de copago o</li> <li>- \$12.65 de copago</li> </ul> <p>por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> |

|                                                                                                                                                                                                                             | 2025<br>(este año)                                    | 2026<br>(el próximo año)                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 6 de medicamentos:</b><br>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. | El Nivel 6 es un nuevo nivel de medicamentos en 2026. | Usted paga \$0 por receta por Medicamentos Select Care en este nivel. |

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan

|                                                                                                                                      | 2025<br>(este año) | 2026<br>(el próximo año) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague). | \$0                | \$0                      |

### Sección 1.2: Cambios en su monto de gastos de bolsillo máximos

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

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2025<br>(este año)                                                                                                                                        | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Cantidad máxima de desembolso personal</b></p> <p>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alguna vez alcanzan este gasto de bolsillo máximo.</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>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>cuentan</b> para su monto de gastos de bolsillo máximos.</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 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores 2026* en [mvphealthcare.com/findadoctor](http://mvphealthcare.com/findadoctor) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [www.mvphealthcare.com](http://www.mvphealthcare.com).
- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

## Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

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

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias 2026* en **mvphealthcare.com** para ver qué farmacias están en nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en **www.mvphealthcare.com**.
- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

## Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso Anual de Cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

|                                                                              | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                              | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de alimentos y productos agrícolas para afecciones crónicas</b> | Consulte “Beneficios Adicionales del VBIID: tarjeta de beneficios flexibles para alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida” en esta sección para obtener más información. | Asignación mensual de \$75 para alimentos y productos agrícolas o apoyos generales para la vida (pago de servicios públicos de electricidad, agua, calefacción, internet o teléfono). El monto de la asignación que no se usa no se transfiere de un mes a otro. La asignación de beneficio se combina con la asignación mensual para |

|  | 2025<br>(este año) | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                    | <p>medicamentos de venta libre (OTC) para afiliados elegibles.</p> <p>Los alimentos y productos agrícolas se pueden comprar a través del proveedor aprobado por el plan o en tiendas minoristas seleccionadas.</p> <p>No todos los afiliados del plan califican. Los beneficios mencionados son parte de los beneficios complementarios especiales para los afiliados de MVP Health Plan Medicare Advantage que conviven con cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencias cardíacas crónicas, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos y afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Tener una afección crónica solamente no garantiza la elegibilidad. Deben cumplirse todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcionen los beneficios. Revise la Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada.</p> |

|                                                                           | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Exámenes de los ojos<br/>(de rutina no cubiertos<br/>por Medicare)</b> | <b>Dentro de la red</b><br><br>No cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Dentro de la red</b><br><br>Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de la vista de rutina no cubierto por Medicare a través de un proveedor participante del plan. El beneficio se limita a 1 examen por año.                                                                                                                                                                                             |
| <b>Audífonos<br/>(no cubierto por<br/>Medicare)</b>                       | <b>Dentro de la red</b><br>Usted recibe una asignación máxima de \$2,000 cada 3 años.<br>1 por oído (\$1,000 por audífono), ambos oídos combinados.<br>Debe utilizar un proveedor de TruHearing y elegir un audífono a través del catálogo de TruHearing.                                                                                                                                                                              | <b>Dentro de la red</b><br>Usted recibe una asignación máxima de \$1,100 cada 3 años.<br>1 por oído (\$550 por audífono), ambos oídos combinados.<br>Debe utilizar un proveedor de TruHearing y elegir un audífono a través del catálogo de TruHearing.                                                                                                                                                               |
| <b>Medicamentos de venta<br/>libre (OTC)</b>                              | Asignación de beneficios flexibles de \$150 por mes.<br><br>La asignación mensual se puede usar para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro.<br><br>La asignación mensual es un beneficio combinado con los Beneficios Adicionales del VBID: alimentos y productos | Asignación de \$25 por mes.<br><br>La asignación mensual se puede usar para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro.<br><br>Los afiliados elegibles pueden combinar la asignación mensual con el beneficio de alimentos y productos agrícolas para |

|                                                       | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | <p>agrícolas y apoyos generales para la vida.</p> <p>Consulte “Beneficios Adicionales del VBID: tarjeta de beneficios flexibles para alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida” en esta sección para obtener más información.</p>                                              | <p>afecciones crónicas y apoyos generales para la vida.</p> <p>Consulte “Beneficio de alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida para afecciones crónicas” en esta sección para obtener más información.</p>                                                                    |
| <b>Beneficio de transporte (no son de emergencia)</b> | <p><b>Dentro de la red</b><br/>Usted paga \$0 de copago del costo de los viajes elegibles.</p> <p>36 viajes de ida o de vuelta, máximo de 30 millas por año, a un lugar relacionado con la salud que el plan aprobó, en taxi, servicios de transporte compartido, camioneta o transporte médico.</p> | <p><b>Dentro de la red</b><br/>Usted paga \$0 de copago del costo de los viajes elegibles.</p> <p>24 viajes de ida o de vuelta, máximo de 30 millas por año, a un lugar relacionado con la salud que el plan aprobó, en taxi, servicios de transporte compartido, camioneta o transporte médico.</p> |
| <b>Atención de la vista: beneficios adicionales</b>   | <p><b>Dentro de la red</b><br/>Asignación anual de \$200 para anteojos no cubiertos por Medicare (como marcos y lentes de anteojos o lentes de contacto).</p>                                                                                                                                        | <p><b>Dentro de la red</b><br/>Asignación anual de \$175 para anteojos no cubiertos por Medicare (como marcos y lentes de anteojos o lentes de contacto).</p>                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                            | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficios Adicionales del VBID: tarjeta de beneficios flexibles de alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida</b> | <p>Asignación de beneficios flexibles de \$150 por mes. La asignación se puede utilizar para la compra de alimentos y productos agrícolas a través del proveedor o tienda minorista que el plan aprobó o para pagos de servicios públicos para electricidad, agua, calefacción, Internet o teléfono. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro.</p> <p>Este es un beneficio combinado con la asignación mensual para medicamentos de venta libre (OTC).</p> <p>Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p> <p><i>Medicare aprobó a MVP Health Plan, Inc. para proporcionar estos beneficios como parte del Programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.</i></p> | <p>Consulte “Beneficio de alimentos y productos agrícolas para afecciones crónicas” en esta sección para obtener más información.</p> |

## Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de Medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

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

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

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

### ¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), es posible que **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un material por separado, denominado Cláusula adicional de la *Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

## Etapas de pago de medicamentos

Existen 3 **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. La Etapa de período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

No tenemos deducible, de modo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos del año hasta la fecha alcancen los \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura en situación catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted paga por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

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

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

|                        | 2025<br>(este año)                                                          | 2026<br>(el próximo año)                                                    |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible anual</b> | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

## Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información acerca de los costos por un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, vaya al Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D cubiertos, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situación catastrófica).

|                                       | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niveles 1 a 5 de medicamentos:</b> | <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente:</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente:</p> <p>- \$0 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.</p> | <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente:</p> <p>\$0 de copago o \$1.60 de copago o \$5.10 de copago</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente:</p> <p>- \$0 de copago o \$4.90 de copago o \$12.65 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> |

**Nivel 6 de medicamentos:**

El Nivel 6 es un nuevo nivel de medicamentos en 2026.

Usted paga \$0 por receta por Medicamentos Select Care en este nivel.

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.

**Cambios en su beneficio de la Parte D para el VBID**

En 2025, este plan participó en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) y usted pagó \$0 de costo compartido por los medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare. En 2026, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial se basarán en su nivel de Ayuda Adicional.

**Cambios en la Etapa de cobertura en situación catastrófica**

**Si alcanza la Etapa de cobertura en situación catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.**

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

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

|                                           | <b>2025<br/>(este año)</b> | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Medicare Prescription Payment</b> | No aplicable               | <p><b>Si está participando en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</b></p> <p><b>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>.</b></p> |

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

---

**Para permanecer en MVP DualAccess (HMO D-SNP), no es necesario que haga nada.** A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente
- Para **cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 5).
- Para **obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), el manual *Medicare y Usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que MVP Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos.

### SECCIÓN 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2026.

### Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están abandonando la cobertura del empleador
- Se mudas fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que tiene Medicaid, puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

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

Si se mudó hace poco o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

## SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

---

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **“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 el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de planes medicamentos, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica, llame a estos números:
  - 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 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - La oficina de Medicaid de su estado. Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- **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 (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.
- **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. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluida evidencia de residencia en el estado y la condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas 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 criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Atención del VIH para No Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-542-2437**. Cuando llame, asegúrese de infórmeles el nombre o número de póliza del plan de la Parte D de Medicare.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**
- La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711.) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

---

### Reciba ayuda de MVP DualAccess (HMO D-SNP)

- **Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar 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 2026**

Este *Aviso Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más detalles, vaya a la *Evidencia de Cobertura 2026* para MVP DualAccess (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1 866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- Visite [mvphealthcare.com](https://mvphealthcare.com)

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario/Lista de Medicamentos).

## Obtenga 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 Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Información sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) de Nueva York para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre el cambio de planes. Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) al 1-800-701-0501.

## Reciba ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- Chatee en vivo con [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- Escriba a Medicare

Puede escribir a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- Visite [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted* 2026**

El manual *Medicare y Usted* 2026 se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## **Reciba ayuda de Medicaid**

Llame al Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda con las preguntas sobre la inscripción en Medicaid o los beneficios. Puede visitar el sitio web del Programa Medicaid del Estado de Nueva York en: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid). Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss).