



MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) ofrecido por MVP HEALTH PLAN, INC.

Aviso Anual de Cambios para 2027

Está inscrito como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

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 hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).
- Para cambiarse a **otro plan**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que se encuentra en el reverso del manual *Medicare y Usted 2027*.
- Tenga presente que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar información adicional sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en mvphealthcare.com o llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más Recursos

- Este material está disponible gratuitamente en español.
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluido braille y letra grande.
- Llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.

Acerca de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

- MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material diga “nosotros,” “nos” o “nuestro/nuestra,” se refiere a MVP HEALTH PLAN, INC. Cuando diga “plan” o “nuestro plan,” se refiere a MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será automáticamente inscrito en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de MVP HEALTH PLAN, INC. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar planes y plazos para hacer un cambio.

Y0051_1124_M

Índice

Resumen de los Costos Importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año	7
Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan.....	7
Sección 1.2 Cambios en el Monto Máximo de Bolsillo.....	8
Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores	9
Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	10
Sección 1.6 Cambios a la Cobertura de Medicamentos de la Parte D	17
Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos con Receta	18
SECCIÓN 2 Cómo Cambiar Planes	21
Sección 2.1 Plazos para Cambiar de Plan	22
Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	22
SECCIÓN 3 Obtener Ayuda para Pagar Medicamentos con Receta	23
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....	24
Obtener Ayuda de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	24
Obtener Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	25
Obtener Ayuda de Medicare	25

Resumen de los Costos Importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer más detalles.	\$15	\$54
Monto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer más detalles.)	De los proveedores de la red: \$9,250 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$13,900	De los proveedores de la red: \$9,850 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$14,800
Visitas a la consulta de atención primaria	Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por visita Fuera de la Red 30% del costo por visita	Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por visita Fuera de la Red 30% del costo por visita
Visitas a consultas de especialistas	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$55 por visita Fuera de la Red 40% del costo por visita	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$60 por visita Fuera de la Red 40% del costo por visita

Hospitalizaciones

Incluye varias hospitalizaciones como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día que lo ingresan formalmente con orden médica y termina el día antes de que lo den de alta.

Dentro de la Red

Usted paga un copago de \$445 por una hospitalización cubierta por Medicare por día durante los días 1 al 5

Usted paga \$0 de copago por una hospitalización cubierta por Medicare por día durante los días 6 al 90

Fuera de la Red

Usted paga un coseguro del 40% por hospitalización cubierta por Medicare

Dentro de la Red

Usted paga un copago de \$490 por una hospitalización cubierta por Medicare por día durante los días 1 al 5

Usted paga \$0 de copago por una hospitalización cubierta por Medicare por día durante los días 6 al 90

Fuera de la Red
Usted paga un coseguro del 40% por hospitalización cubierta por Medicare

Cobertura de medicamentos de la Parte D

(Consulte la Sección 1 para conocer más detalles, incluyendo las Etapas de Deducible Anual, de Cobertura Inicial y de Cobertura Catastrófica.)

Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D

\$615 por los Niveles 2 al 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D

Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:

Nivel 1 de medicamentos:

Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D

\$700 por los Niveles 2 al 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D

Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:

Nivel 1 de medicamentos:

Costo compartido
estándar: Usted paga
\$0 por receta

**Nivel 2 de
medicamentos:**

Costo compartido
estándar: Usted paga \$2
por receta

**Nivel 3 de
medicamentos:**

Costo compartido
estándar: Usted paga
el 16% del costo total
Usted no paga más
de \$35 al mes por
suministro de cada
producto de insulina
cubierto en este nivel

**Nivel 4 de
medicamentos:**

Costo compartido
estándar: Usted paga el
25% del costo total
Usted no paga más de
\$35 al mes por
suministro de cada
producto de insulina
cubierto en este nivel

**Nivel 5 de
medicamentos:**

Costo compartido
estándar: Usted paga el
25% del costo total
Usted no paga más de
\$35 al mes por
suministro de cada

**Costo compartido
estándar: Usted paga
\$0 por receta**

**Nivel 2 de
medicamentos:**

**Costo compartido
estándar: Usted paga
\$2 por receta**

**Nivel 3 de
medicamentos:**

**Costo compartido
estándar: Usted paga
el 16% del costo total
Usted no paga más
de \$35 al mes por
suministro de cada
producto de insulina
cubierto en este nivel**

**Nivel 4 de
medicamentos:**

**Costo compartido
estándar: Usted paga
el 43% del costo total
Usted no paga más de
\$35 al mes por
suministro de cada
producto de insulina
cubierto en este nivel**

**Nivel 5 de
medicamentos:**

**Costo compartido
estándar: Usted paga
el 25% del costo total
Usted no paga más de
\$35 al mes por
suministro de cada**

producto de insulina
cubierto en este nivel

**Cobertura
Catastrófica:**

Durante esta etapa de
pago, no paga nada por
sus medicamentos
cubiertos de la Parte D.

**producto de insulina
cubierto en este nivel**

**Cobertura
Catastrófica:**

**Durante esta etapa de
pago, no paga nada
por sus medicamentos
cubiertos de la Parte D.**

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$15	\$54

Factores que podrían cambiar el Monto de su Prima de la Parte D

- **Multa por Inscripción Tardía:** la prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por no tener cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- **Recargo por mayor ingresos:** Si tiene ingresos mayores, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno para la cobertura de medicamentos de Medicare.
- **Ayuda Adicional:** la prima mensual de su plan será *menor* si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el Monto Máximo de Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto paga de su bolsillo durante el año. Este límite se llama monto máximo de bolsillo. Una vez que ha pagado dicho monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
<p>Monto máximo de bolsillo dentro de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo de bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de bolsillo.</p>	<p>De los proveedores de la red: \$9,250</p>	<p>De los proveedores de la red: \$9,850 Una vez que haya pagado los \$9,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de proveedores de la red por el resto del año calendario</p>
<p>Monto máxima de bolsillo combinado</p> <p>Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de bolsillo combinado. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta ambulatorios no cuentan para el monto máxima de bolsillo de servicios médicos.</p>	<p>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$13,900</p>	<p>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$14,800 Una vez que haya pagado los \$14,800 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red por el resto del año calendario</p>

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores cambió para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores 2027* 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 mvphealthcare.com.
- Llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. Puede que tenga un periodo especial de inscripción si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de Cobertura.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

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

Nuestra red de farmacias cambió para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias 2027* mvphealthcare.com para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en mvphealthcare.com.
- Llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada de farmacia o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Dentro de la Red Usted paga el 25% del costo total por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare	Dentro de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare

Servicios dentales**Odontología Preventiva Complementaria e Integral**

Monto máximo anual de cobertura de beneficios del plan: asignación combinada de \$750 por año calendario para servicios de las siguientes categorías.

Odontología preventiva: Exámenes Orales, Profilaxis (limpiezas), Tratamientos con Flúor, Radiografías, Otros Servicios Dentales de Diagnóstico y Otros Servicios Dentales Preventivos.

Odontología Integral: Servicios Restaurativos, Endodoncia, Periodoncia, Prostodoncia, Prótesis Maxilofaciales, Servicios de Implantes, Cirugía Oral y Maxilofacial, y Servicios Generales Complementarios.

El beneficio puede utilizarse tanto en proveedores dentro como fuera de la red. Una vez utilizado el beneficio máximo anual, es responsable del 100% del costo de cualquier servicio dental complementario.

Odontología Preventiva Complementaria e Integral**Odontología Preventiva:**

Dentro de la red: El beneficio máximo anual es de 2 exámenes orales, 2 profilaxis (limpiezas) y 1 radiografía por año calendario.

Fuera de la red: Los servicios dentales preventivos están disponibles tanto con proveedores de dentro como fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están obligados a aceptar el pago del plan como pago total por los servicios cubiertos.

Los servicios cubiertos recibidos a través de un proveedor fuera de la red serán reembolsados hasta el monto permitido del plan según el esquema de tarifa. Usted será responsable de los cargos que superen el monto permitido, y el proveedor puede facturarle el saldo.

La cobertura se limita a códigos dentales específicos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

		Odontología Integral: Dentro y fuera de la red: Sin Cobertura
Beneficio de Acondicionamiento Físico	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de Acondicionamiento Físico de SilverSneakers®.</p>	<p>Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de Acondicionamiento Físico de SilverSneakers®.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 50% del costo total de la membresía de su instalación deportiva, hasta un límite mensual total de beneficios de \$70. Usted es responsable de todos los costos por sobre los \$70. El plan reembolsará hasta \$35 mensuales. Debe pagar la instalación deportiva en su totalidad y presentar el recibo para el reembolso en un plazo de 60 días a partir de la fecha de pago.</p>
Servicios auditivos, beneficios adicionales	<p>Exámenes Auditivos</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un examen auditivo de rutina. El beneficio se limita a 1 examen por año.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una adaptación/evaluación de audífonos.</p>	<p>Exámenes Auditivos</p> <p>Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por un examen auditivo de rutina. El beneficio se limita a 1 examen por año.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una adaptación/evaluación de audífonos.</p>

Audífonos

Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído al año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing. Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para los Audífonos Advanced de TruHearing o un copago de \$999 para los Audífonos Premium de TruHearing

O

Hasta \$600 por oído para el costo de 2 audífonos no implantables según el catálogo correspondiente de TruHearing; cada año se limita a 1 audífono por oído. Tras el beneficio pagado por el plan, es responsable de los costos restantes.

Fuera de la Red

Usted paga un coseguro del 50% por un examen auditivo de rutina. El beneficio se limita a 1 examen por año.

Usted paga un coseguro del 50% por una adaptación/evaluación de audífonos.

Audífonos**Dentro de la Red**

Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído al año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing. Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para los Audífonos Advanced de TruHearing o un copago de \$999 para los Audífonos Premium de TruHearing

O

Hasta \$600 por oído para el costo de 2 audífonos no implantables según el catálogo correspondiente de TruHearing; cada año se limita a 1 audífono por oído. Tras el beneficio pagado por el plan, es responsable de los costos restantes.

Fuera de la Red

		Usted paga un coseguro del 80% por un audífono con receta. El beneficio se limita a dos audífonos por año (una por oído al año).
Atención hospitalaria para paciente internado	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$445 diario durante los días 1 al 5 de una hospitalización cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga \$0 de copago diario durante los días 6 a 90</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$490 diario durante los días 1 al 5 de una hospitalización cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga \$0 de copago diario durante los días 6 a 90</p>
Pruebas diagnósticas ambulatorias, y servicios y suministros terapéuticos	<p>Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por cada procedimiento/prueba diagnóstica cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por cada servicio de radiografía o mamografía diagnóstica cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por cada ecografía cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por cada electrocardiograma, electroencefalograma</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por cada procedimiento/prueba diagnóstica cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por cada servicio de radiografía o mamografía diagnóstica cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por cada ecografía cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por cada electrocardiograma, EEG,</p>

	<p>(EEG), ecocardiograma o prueba de esfuerzo cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$400 por cada servicio diagnóstico de radiología PET, CAT, RMN, MRA o NUC cubierto por Medicare</p>	<p>ecocardiograma o prueba de esfuerzo cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga el 20% del costo total por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$410 por cada servicio diagnóstico de radiología PET, CAT, RMN, MRA o NUC cubierto por Medicare</p>
Catálogo de venta libre (OTC)	<p>Dentro de la Red Asignación de \$25 por trimestre. La asignación se recibe trimestralmente para utilizarse para comprar medicamentos de venta libre y productos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se traspasa de un trimestre a otro.</p>	<p>Dentro de la Red Los artículos de venta libre (OTC) no están cubiertos</p>
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico	<p>Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por cada visita a la consulta del proveedor de atención primaria o consulta de telemedicina cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por cada visita a la consulta al especialista o consulta de</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga \$0 de copago por cada visita a la consulta del proveedor de atención primaria o consulta de telemedicina cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por cada visita a la consulta al especialista o consulta de</p>

	<p>telemedicina cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada servicio de dental cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de terapia individual o grupal de salud mental ambulatoria cubierta por Medicare</p>	<p>telemedicina cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada servicio de dental cubierto por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de terapia individual o grupal de salud mental ambulatoria cubierta por Medicare</p>
Servicios de podología	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por cada visita de podología cubierta por Medicare</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por cada visita de podología cubierta por Medicare</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga el 25% del costo total por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga \$0 de copago en un centro de enfermería especializada en red para los días 1 a 20</p> <p>Usted paga un copago de \$218 en un centro de enfermería</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga \$0 de copago en un centro de enfermería especializada en red para los días 1 a 20</p> <p>Usted paga un copago de \$221 en un centro de</p>

	especializada en red para los días 21 a 100	enfermería especializada en red para los días 21 a 100
Terapia por ejercicio supervisada (SET)	Dentro de la Red Usted paga el 25% del costo total por cada sesión de terapia por ejercicio supervisada cubierta por Medicare	Dentro de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada sesión de terapia por ejercicio supervisada cubierta por Medicare

Sección 1.6 Cambios a la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona electrónicamente.

Puede obtener la Lista de Medicamentos completa llamando al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en mvphealthcare.com.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir eliminar o añadir medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o moverlos a otro nivel de costo compartido. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento se movió a otro nivel de costo compartido.**

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 una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante este, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su profesional médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una

excepción y/o buscar un nuevo medicamento. Llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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 medicamento?

Si pertenece en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un material por separado, llamado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos con Receta*, que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2026, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (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 Catastrófica.

- ***Etapas 1: Deducible Anual***

Empieza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, paga el costo total de sus Medicamentos Genéricos de Nivel 2, Medicamentos de Marca Preferida de Nivel 3, Medicamentos No Preferidos de Nivel 4 y Medicamentos Especializados de Nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapas 2: Cobertura Inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de 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 sus costos de medicamento total del año a la fecha alcancen \$2,400.

- ***Etapas 3: Cobertura Catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de Medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible Anual	<p>\$615 por los Niveles 2 al 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los Medicamentos Genéricos Preferidos de Nivel 1 y paga el costo total de los Medicamentos Genéricos de Nivel 2, Medicamentos de Marca Preferida de Nivel 3, Medicamentos No Preferidos de Nivel 4 y Medicamentos Especializados de Nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>\$700 por los Niveles 2 al 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los Medicamentos Genéricos Preferidos de Nivel 1 y paga el costo total de los Medicamentos Genéricos de Nivel 2, Medicamentos de Marca Preferida de Nivel 3, Medicamentos No Preferidos de Nivel 4 y Medicamentos Especializados de Nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>

Costos de Medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

Consulte la siguiente tabla para conocer los cambios de 2026 a 2027.

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

Cambiamos el nivel de 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. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de vacunas, o sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado los \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos:	Usted paga \$0 por receta	Usted paga \$0 por receta
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos:	Usted paga \$2 por receta	Usted paga \$2 por receta
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferida:	Usted paga el 16% del costo total Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel	Usted paga el 16% del costo total Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos:	Usted paga el 25% del costo total	Usted paga el 43% del costo total

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel	Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel
Nivel 5 – Medicamentos Especializados:	Usted paga el 25% del costo total Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel	Usted paga el 25% del costo total Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

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

SECCIÓN 2 Cómo Cambiar Planes

Para seguir en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se inscribirá automáticamente en nuestro MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

Si desea cambiar sus planes para 2027, sigue estos pasos:

- **Para cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción a MVP Medicare Complete Wellness with Part D (PPO). Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que en muchos planes no puede unirse a un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare por separado**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y se cancelará automáticamente la inscripción a MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. 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, puede que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (Consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare y Usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (Consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, MVP Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes podrían variar en cobertura, primas mensuales y monto de costos compartidos.

Sección 2.1 Plazos para Cambiar de Plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

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

- Tengan Medicaid
- Consigan Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tengan o estén dejando la cobertura del empleador
- Se muden fuera del área de servicio del plan

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados 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 cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 3 Obtener Ayuda para Pagar Medicamentos con Receta

Puede calificar para ayuda para pagar medicamentos con receta. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus gastos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de plan de medicamentos, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguridad Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Ancianos (EPIC) que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
 - **Asistencia de Costos Compartidos para Medicamentos con Receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para ayuda de costos compartidos para medicamentos con receta a través de los Programas de Atención del VIH para No Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, cómo continuar obteniendo 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 informarles el número de póliza o nombre de su plan de Medicare Parte D.

- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que se adapta a su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a gestionar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (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 utilizar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y sigue en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **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 quienes califican, es más beneficiosa que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-889-9792 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtener Ayuda de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

- **Llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2027**

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2027 para MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para acceder a los servicios cubiertos y a los medicamentos con receta. Consulte la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en **[mvphealthcare.com](https://www.mvphealthcare.com)** o llame al Centro de Atención al Cliente de Medicare MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite 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).

Obtener 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, SHIP se conoce como Programa de Información, Consejería y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP).

Llame al Programa de Información, Consejería y Asistencia sobre Seguros de Salud de Nueva York (HIICAP) para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguros de salud. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de Medicare y responder preguntas sobre cambios de plan. Llame al Programa de Información, Consejería y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) al 1-800-701-0501.

Obtener Ayuda de Medicare

- **Llame a 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.

- **Hable en directo con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede conversar en directo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

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

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

- **Lea *Medicare y Usted* 2027**

El manual *Medicare y Usted* 2027 se envía por correo a las personas con Medicare durante el otoño. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.