



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

### Aviso Anual de Cambios para 2027

Usted está inscrito como afiliado de MVP DualAccess Complete (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 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP).
- 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](https://mvphealthcare.com) o llame a Servicio al Afiliado 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 gratuitamente en español.
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluido braille y letra grande.
- Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 DualAccess Complete (HMO D-SNP)

- MVP Health Plan es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Su plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será automáticamente inscrito en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).** 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\_1019\_M**

## Índice

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de los Costos Importantes para 2027 .....</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 el Monto Máximo de Bolsillo.....                             | 6         |
| Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores .....                                  | 7         |
| Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias .....                                    | 7         |
| Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....        | 8         |
| Sección 1.6 Cambios a la Cobertura de Medicamentos de la Parte D .....              | 10        |
| Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos con Receta ..... | 11        |
| <b>SECCIÓN 2      Cómo Cambiar Planes .....</b>                                     | <b>13</b> |
| Sección 2.1 Plazos para Cambiar de Plan .....                                       | 14        |
| Sección 2.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio? .....                 | 14        |
| <b>SECCIÓN 3      Obtener Ayuda para Pagar Medicamentos con Receta .....</b>        | <b>15</b> |
| <b>SECCIÓN 4      ¿Tiene preguntas?.....</b>                                        | <b>16</b> |
| Obtener ayuda de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) .....                          | 16        |
| Obtener Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....                                  | 17        |
| Obtener Ayuda de Medicare .....                                                     | 17        |
| Obtener Ayuda de Medicaid.....                                                      | 18        |

## Resumen de los Costos Importantes para 2027

|                                                                                                                                                                                                                                                            | 2026 (este año)                                                                                                                                               | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>*Consulte la Sección 1.1 para conocer más detalles.                                                                                                                                                                      | \$0                                                                                                                                                           | \$0                                                                                                                                                                  |
| <b>Monto máximo de bolsillo</b><br>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.)                                                          | Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. | <b>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</b> |
| <b>Visitas a la consulta de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                          | Usted paga \$0 de copago por visita.                                                                                                                          | <b>Usted paga \$0 de copago por visita.</b>                                                                                                                          |
| <b>Visitas a consultas de especialistas</b>                                                                                                                                                                                                                | Usted paga \$0 de copago por visita.                                                                                                                          | <b>Usted paga \$0 de copago por visita.</b>                                                                                                                          |
| <b>Hospitalizaciones</b><br>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. | Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.                                                                                      | <b>Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.</b>                                                                                      |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.7 para conocer más detalles, incluyendo las Etapas de Deducible Anual, de                                                                                                         | <b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>\$0                                                                                         | <b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>\$0                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                           | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura Inicial y de Cobertura Catastrófica.)                                                                                                                                                                           | Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Niveles 1 a 5 de medicamentos:</b>                                                                                                                                                                                     | <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</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:</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 por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.</li> </ul> <p>El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p> | <p><b>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>- \$0 de copago o</b></li> <li><b>- \$1.65 de copago o</b></li> <li><b>- \$5.80 de copago</b></li> </ul> <p><b>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>- \$0 de copago o</b></li> <li><b>- \$5.00 de copago o</b></li> <li><b>- \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</b></li> </ul> |
| <b>Nivel 6 de medicamentos:</b><br>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. | Usted paga \$0 por receta por Medicamentos Select Care en este nivel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Usted paga \$0 por receta por Medicamentos Select Care en este nivel.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 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) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted.) | \$0             | \$0                |

### 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.

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026 (este año)                                                                                                                                                          | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto máximo de bolsillo</b><br><br>El costo compartido pagado por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuye a este monto máximo de bolsillo. Debido a que Medicaid paga la mayor parte del costo compartido de nuestros afiliados, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo.<br><br>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.<br><br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) <b>cuentan</b> para el monto máximo de bolsillo. | \$0<br><br>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. | \$0<br><br><b>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</b> |

## 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](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 **[mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)**.
- Llame al Centro de Servicios al Afiliado/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 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 Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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](http://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](http://mvphealthcare.com)**.
- Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda.

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

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

|                                                                                | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de Alimentos y Productos Agrícolas para Enfermedades Crónicas</b> | <p>Asignación mensual de \$95 para Alimentos y Productos Agrícolas, y/o Apoyos Generales para la Vida; (pagos de servicios públicos de electricidad, agua, calefacción, internet y/o teléfono). El monto de la asignación no utilizado no se traspasa de un mes a otro. La asignación de beneficio se combina con la asignación mensual para medicamentos de venta libre (OTC) para afiliados elegibles.</p> <p>Los alimentos y productos agrícolas pueden comprarse a través del proveedor aprobado por el plan y/o en tiendas minoristas seleccionadas.</p> <p>No todos los afiliados del plan califican. Los beneficios mencionados son parte de beneficios complementarios especiales para los afiliados del plan Medicare Advantage de MVP Health Plan que viven con cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos, y enfermedades</p> | <p><b>Asignación mensual de \$100 para Alimentos y Productos Agrícolas, y/o Apoyos Generales para la Vida; (pagos de servicios públicos de electricidad, agua, calefacción, internet y/o teléfono). El monto de la asignación no utilizado no se traspasa de un mes a otro. La asignación de beneficio se combina con la asignación mensual para medicamentos de venta libre (OTC) para afiliados elegibles.</b></p> <p><b>Los alimentos y productos agrícolas pueden comprarse a través del proveedor aprobado por el plan y/o en tiendas minoristas seleccionadas.</b></p> <p><b>No todos los afiliados del plan califican. Los beneficios mencionados son parte de beneficios complementarios especiales para los afiliados del plan Medicare Advantage de MVP Health Plan que viven con cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia,</b></p> |

|                          | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | <p>de salud mental crónicas e incapacitantes. Una condición crónica por sí sola no garantiza la elegibilidad. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se otorguen los beneficios. Revise la Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>diabetes, trastornos pulmonares crónicos, y enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes. Una condición crónica por sí sola no garantiza la elegibilidad. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se otorguen los beneficios. Revise la Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Venta libre (OTC)</b> | <p>Asignación mensual de \$25.</p> <p>La asignación mensual puede 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 mes a otro.</p> <p>Los afiliados elegibles pueden combinar la asignación mensual con el beneficio de Alimentos y Productos Agrícolas por Enfermedades Crónicas y Apoyos Generales para la Vida.</p> <p>Consulte “Beneficio de Alimentos y Productos Agrícolas por Enfermedades Crónicas y Apoyos Generales para la Vida” en esta sección</p> | <p><b>Asignación mensual de \$40.</b></p> <p><b>La asignación mensual puede 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 mes a otro.</b></p> <p><b>Los afiliados elegibles pueden combinar la asignación mensual con el beneficio de Alimentos y Productos Agrícolas por Enfermedades Crónicas y Apoyos Generales para la Vida.</b></p> <p><b>Consulte “Beneficio de Alimentos y Productos Agrícolas por Enfermedades Crónicas y</b></p> |

|  | 2026 (este año)               | 2027 (próximo año)                                                                  |
|--|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | para obtener más información. | <b>Apoyos Generales para la Vida” en esta sección para obtener más información.</b> |

## 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 *completa* de medicamentos** llamando a Servicios al Afiliado al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en [mvphealthcare.com](https://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 Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 a Servicios al Afiliado 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 Catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

No tenemos deducible, por lo 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 sus gastos de bolsillo del año a la fecha alcancen \$2,400.

- ***Etapa 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)                                                                 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible Anual</b> | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | <b>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</b> |

### Costos de 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 costos compartidos estándar.

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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niveles 1 a 5 de medicamentos:</b> | <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <p>\$0 de copago o<br/>\$1.60 de copago o<br/>\$5.10 de copago</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <p>- \$0 de copago o \$4.90 de copago o \$12.65 de copago por receta, incluido cada producto</p> | <p><b>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</b></p> <p><b>\$0 de copago o<br/>\$1.65 de copago o<br/>\$5.80 de copago</b></p> <p><b>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</b></p> <p><b>- \$0 de copago o \$5.00 de copago o \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto</b></p> |

**Nivel 6 de medicamentos:**

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.

de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.

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

**de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.**

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

## SECCIÓN 2 Cómo Cambiar Planes

**Para seguir en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), usted 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP).

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

- **Para cambiar a otro plan de salud de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción a MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios 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.
- **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 pueden variar en cobertura, primas mensuales del plan 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 pueden 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

Como tiene Medicaid, puede finalizar su afiliación a 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 elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que no haya optado por la inscripción automática), 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 solo 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

---

Podría 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - Su oficina estatal de Medicaid. Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados de 9 a.m. a 1 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- **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 (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 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, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a los Programas 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 ayudarle 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 1-866-954-1872. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

## SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

---

### Obtener ayuda de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

- **Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente 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 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP). 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. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [mvphealthcare.com](https://mvphealthcare.com) o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1 866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- Visite [mvphealthcare.com](http://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 planes de Medicare y Medicaid, 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 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.

- 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.

## **Obtener Ayuda de Medicaid**

Llame al Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados de 9 a.m. a 1 p.m. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda con preguntas sobre inscripción o beneficios de Medicaid. Puede visitar el sitio web del Programa de Medicaid del Estado de Nueva York en: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](https://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](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss).