



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

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital)
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos

- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Obtenga información sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELEGIR:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a un plan diferente** , puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el 1 de **enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3.2, página 16 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-866-954-1872** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm.

- Esta información está disponible en un formato diferente, incluyendo braille y letra grande. (Los números de teléfono están en la Sección 7 de este folleto)
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP)

- MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con contrato con Medicare y con el programa Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a MVP Health Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP).

Y0051_7492_C

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023		5
SECCIÓN 1	A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP DualAccess con la Parte D (HMO D-SNP) en 2023	8
SECCIÓN 2	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
	Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	8
	Sección 2.2: Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal	9
	Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
	Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
	Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	18
	Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP)	18
	Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 4	Cambiarse a otro plan	19
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	20
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	20
SECCIÓN 7 ¿	Tiene preguntas?	21
	Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP)	21
	Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	22
	Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid	23

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos *de 2022* y 2023 para MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid de Nueva York, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visita de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: Usted paga \$0 de copago por visita.	Visita de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: Usted paga \$0 de copago por visita.
Estadías en el hospital para pacientes internados	Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.
Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).	El monto de su deducible es de \$0 o \$99, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Copago/Coseguro según corresponda	El monto de su deducible es de \$0 o \$104, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba. Copago/Coseguro según corresponda

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D (continuación)	<p>durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta* • Nivel 2 de medicamentos: \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15% por receta* • Nivel 3 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta* <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.00, \$9.85 o 15 % por receta* • Nivel 4 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta* <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.00, \$9.85 o 15 % por receta* • Nivel 5 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, 	<p>durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* • Nivel 2 de medicamentos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15% por receta* • Nivel 3 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta* • Nivel 4 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta* <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta* • Nivel 5 de medicamentos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00,

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>\$1.35, \$3.95 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.00, \$9.85 o 15 % por receta*</p>	<p>\$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta*
<p>Cantidad máxima de desembolso personal</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

*El monto que paga se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP DualAccess con la Parte D (HMO D-SNP) en 2023

Si no hace nada en 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2023, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague).	\$0	\$0

Sección 2.2: Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal

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

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima de desembolso personal</p> <p>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid de Nueva York, muy pocos afiliados alguna vez alcanzan este gasto de bolsillo máximo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.</p>	\$0	\$0

Usted no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de desembolso personal los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de Proveedores de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Beneficio de alimentos y productos agrícolas para afecciones crónicas	No cubierto.	Los clientes con una afección crónica elegible reciben una asignación de \$50 por mes para la compra de alimentos y productos a través del proveedor aprobado por el plan. Los alimentos y productos están restringidos a las ofertas del catálogo de proveedores y se entregan a domicilio en la residencia del cliente. El cliente dará fe de una afección crónica elegible para recibir los alimentos y producir el beneficio. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Kit de cuidado de reemplazo de articulaciones	No cubierto.	Los clientes que tengan una autorización previa o haberse sometido a un reemplazo articular dentro del año del plan con un diagnóstico de artritis reumatoide u osteoartritis, pueden recibir un kit de cuidado personalizado con artículos como, por ejemplo, pinza alcanza objetos, calzador, alfombra antideslizante para baño, cordones para zapatos sin amarre y esponja de mango largo para ducha a través de nuestro proveedor contratado autorizado.
Anteojos de rutina	No cubierto.	Cobertura de anteojos, lentes, armazones y lentes de contacto. Asignación máxima de \$200 por año calendario.

Servicios dentales preventivos e integrales

No cubierto.

Atención dental preventiva:

Usted paga \$0, el beneficio se limita a 2 exámenes bucales, 2 limpiezas y 2 series de radiografías por año calendario.

Los pagos se limitan a un programa de tarifas establecidas. Los servicios que superen el límite son su responsabilidad.

Servicios dentales integrales:

El beneficio se limita a un máximo de \$1,000 por año calendario.

Usted no paga deducible ni costo compartido por los siguientes servicios cubiertos.

- Exámenes oculares
- Radiografías
- Extracciones simples
- Empastes
- Cirugía bucal
- Endodoncia (tratamientos de conducto)
- Periodoncia
- Prostodoncia (dentaduras postizas parciales, coronas)

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		La ortodoncia no es un beneficio cubierto.
Servicios de telesalud	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de telesalud a través del proveedor de atención virtual aprobado por el plan para los siguientes servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización • Atención urgente • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y psiquiatría • Consulta nutricional • Fisioterapia • Terapia ocupacional 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de telesalud a través del proveedor de atención virtual aprobado por el plan para los siguientes servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización • Atención urgente • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y psiquiatría • Consulta nutricional

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

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

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra

cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los fármacos que la FDA considera inseguros o que un fabricante de productos retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso. **Aviso:** Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un manual por separado, denominado "Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta" (también llamada la "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este manual antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP y solicite el "Usuario de LIS".

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos".

La siguiente información muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar su deducible anual.</p>	<p>El monto de su deducible es de \$0 o \$99, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p>	<p>El monto de su deducible es de \$0 o \$104, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta*</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta*</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</p> <p><u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.00, \$9.85 o 15 % por receta*</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</p> <p><u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta*</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p> <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.00, \$9.85 o 15 % por receta*</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.35, \$3.95 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.00, \$9.85 o 15 % por receta*</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta*</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % por receta*</p> <p><u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 % por receta*</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>

*El monto que paga se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- O-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el *manual* Medicare y Usted 2023, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Le recordamos que MVP Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - *Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.*
Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

SECCIÓN 4 Cambiarse a otro plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de **octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Asistencia Sobre Información de Seguro de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. *Los asesores del HIICAP* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a HIICAP al **1-800-701-0501**.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid en Nueva York, comuníquese con Medicaid en Nueva York al **1-800-541-2831**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted califica, no tiene una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o

- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de** asistencia farmacéutica **de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, los ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Atención de VIH para no Asegurados del Departamento de Salud para el VIH del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-800-542-2437**.

SECCIÓN 7 ¿ Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos listos para ayudarlo. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872. (Solo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2023* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de*

Cobertura 2023 para MVP DualAccess con Parte D (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de *proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual Medicare y usted 2023. Cada otoño, este folleto se envía por correo a personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Medicaid de Nueva York al **1-800-541-2831**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.