



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

Aviso Anual de Cambios para 2025

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

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTAR: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital)
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad para 2025

- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare
- 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 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado
- 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 2024, permanecerá en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)
- Si se mudó hace poco o vive actualmente en 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 con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o de cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español
- Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Esta llamada es gratuita
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluyendo braille y letra grande. (Los números de teléfono están en la Sección 8 de este folleto)

- **La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección al Paciente. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información

Acerca de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

- MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) es un plan de PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en MVP Medicare WellSelect con Parte D depende de la renovación del contrato
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a MVP Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

Y0051_9759_M

Aviso Anual de Cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en 2025.....	8
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	9
Sección 2.2: Cambios en su cantidad máxima de desembolso personal	10
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	11
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	12
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	22
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	28
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....	28
Sección 4.1: Si desea permanecer en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)	28
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan.....	28
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan.....	29
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	30
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	32
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)	32
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	32

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Cantidades máximas de desembolso personal Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$7,550 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$11,300	De proveedores de la red: \$8,500 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$12,500
Visitas al consultorio del médico	Visita de atención primaria: Dentro de la red Usted paga \$0 por visita. Fuera de la red Usted paga \$5 de copago por visita. Visitas a especialistas: Dentro de la red Usted paga \$45 de copago por visita.	Visita de atención primaria: Dentro de la red Usted paga \$0 por visita. Fuera de la red Usted paga \$5 de copago por visita. Visitas a especialistas: Dentro de la red Usted paga \$55 de copago por visita.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Fuera de la red Usted paga \$50 de copago por visita.</p>	<p>Fuera de la red Usted paga \$60 de copago por visita.</p>
<p>Estadías en el hospital para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$385 por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por día por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los días 6 a 90.</p> <p>Máximo de gastos de bolsillo de \$1,925 por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 40 % por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$435 por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por día por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 a 90.</p> <p>Máximo de gastos de bolsillo de \$2,175 por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 40 % por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$250 para los niveles 3 a 5, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Deducible: \$500 para los niveles 3 a 5, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Nivel 1 de medicamentos: Costo compartido estándar: Usted paga \$0.</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga \$12.</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga \$47. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 1 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga \$0.</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga \$15.</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga \$47. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Nivel 4 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga el 25 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 4 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga el 25 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Nivel 5 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga el 27 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura en situación catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.</p>	<p>Nivel 5 de medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga el 26 %. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura en situación catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) en 2025

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2025, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir una “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otro momento.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe también continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	No recibe ningún crédito para su prima de la Parte B de Medicare.	Recibirá un crédito de \$11.80 para su prima de la Parte B de Medicare.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Sección 2.2: Cambios en 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. Estos límites se denominan cantidades máximas de desembolso personal. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de los proveedores de la red cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.</p>	<p>De proveedores de la red: \$7,550</p>	<p>De proveedores de la red: \$8,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de desembolso personal combinada</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copago) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal combinada. Sus costos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal por servicios médicos.</p>	<p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$11,300</p>	<p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$12,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$12,500 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos en el plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* mvphealthcare.com/findadoctor para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias de 2025* en mvphealthcare.com para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$200 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$500 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$300 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$500 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p>
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios dentales</p>	<p>Servicios dentales preventivos e integrales Monto de la cobertura del beneficio máximo anual del plan: \$1,500 por año calendario para beneficios dentro y fuera de la red para servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen el límite son su responsabilidad).</p> <p>Atención dental preventiva (Exámenes bucales, profilaxis, tratamiento con flúor, radiografías). Dentro de la red: usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>Servicios dentales integrales (Servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios). Dentro de la red: usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: usted paga 20 %-50 % de coseguro.</p> <p>Pago limitado a la Tabla de tarifas establecidas. Si su proveedor no participa en la red del plan y cobra más que el beneficio máximo permitido, usted será responsable del costo adicional. Pueden aplicarse máximos por categoría de servicio. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información</p>	<p>Servicios dentales preventivos e integrales Usted recibe una asignación de \$1,250 por año en una tarjeta de débito prepaga que puede utilizarse para cualquier servicio dental preventivo o integral. La asignación se puede utilizar en cualquier proveedor dental.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por artículo por cada suministro para 30 días de tiras de prueba de glucosa en sangre de marca FreeStyle, OneTouch, Precision y Prodigy, o tiras reactivas no preferidas que tengan autorización previa.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 5 % del costo total para zapatos terapéuticos relacionados con la diabetes.</p> <p>Usted paga el 5 % del costo total para plantillas para calzado moldeadas a medida relacionadas con la diabetes (deben usarse con calzado para diabéticos).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por la capacitación para la autogestión de la diabetes cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por artículo por cada suministro para 30 días de tiras de prueba de glucosa en sangre de marca FreeStyle, OneTouch, Precision y Prodigy, o tiras reactivas no preferidas que tengan autorización previa.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 10 % del costo total para zapatos terapéuticos relacionados con la diabetes.</p> <p>Usted paga el 10 % del costo total para plantillas para calzado moldeadas a medida relacionadas con la diabetes (deben usarse con calzado para diabéticos).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por la capacitación para la autogestión de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Atención de emergencia	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$95 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga este monto si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$110 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga este monto si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>
Traslados de emergencia	<p>Usted paga \$200 de copago por el traslado de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano.</p> <p>El traslado de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.</p>	<p>Usted paga \$300 de copago por el traslado de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano.</p> <p>El traslado de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.</p>
Atención en hospital para pacientes internados	<p>Dentro de la red Usted paga \$385 de copago por día por los días 1 a 5 de una estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 a 90.</p> <p>Máximo de gastos de bolsillo de \$1,925 por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$435 de copago por día por los días 1 a 5 de una estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 a 90.</p> <p>Máximo de gastos de bolsillo de \$2,175 por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$370 de copago por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 a 90.</p> <p>Máximo de gastos de bolsillo de \$1,850 por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$400 de copago por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día por los días 6 a 90.</p> <p>Máximo de gastos de bolsillo de \$2,000 por estadía en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$20 por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada servicio de ecografía, radiografía o mamografía de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$20 por cada ECG, 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 \$150 de copago por cada servicio de PET, TAC, RMI, ARM o NUC de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$50 por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$60 de copago por cada servicio de ecografía, radiografía o mamografía de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$50 por cada ECG, 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 \$350 de copago por cada servicio de PET, TAC, RMI, ARM o NUC de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$350 de copago por cada servicio de observación en hospital como paciente ambulatorio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$400 de copago por cada servicio de observación en hospital como paciente ambulatorio cubierto por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$30 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$35 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$225 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$350 de copago por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$300 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$400 de copago por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>Catálogo de medicamentos de venta libre (OTC)</p>	<p>Dentro de la red Asignación de \$75 por trimestre. La asignación se recibe trimestralmente y se usa para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se transfiere de un trimestre a otro.</p>	<p>Dentro de la red Asignación de \$50 por trimestre. La asignación se recibe trimestralmente y se usa para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se transfiere de un trimestre a otro.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$55 de copago por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$65 de copago por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada visita de telesalud o al consultorio del proveedor de cuidado primario cubierta por Medicare. Usted paga \$45 de copago por cada visita de telesalud o al consultorio del especialista cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por cada examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga \$45 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual o grupal de salud mental como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada visita de telesalud o al consultorio del proveedor de cuidado primario cubierta por Medicare. Usted paga \$55 de copago por cada visita de telesalud o al consultorio del especialista cubierta por Medicare. Usted paga \$0 de copago por cada examen auditivo cubierto por Medicare. Usted paga \$50 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual o grupal de salud mental como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de podología</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$45 de copago por cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$55 de copago por cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Fuera de la red Usted paga \$50 de copago por cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red Usted paga \$60 de copago por cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar y cardíaca cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar y cardíaca cubierto por Medicare.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por los días 1 a 20. Usted paga \$203 de copago por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por los días 21 a 100.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por los días 1 a 20. Usted paga \$214 de copago por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare por los días 21 a 100.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$25 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Beneficio de transporte (que no sea de emergencia)	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por el costo de los viajes elegibles. 26 viajes de ida o de vuelta, máximo de 30 millas por año, a un lugar relacionado con la salud que el plan aprobó, en taxi, servicios de transporte compartido, camioneta o transporte médico.	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por el costo de los viajes elegibles. 12 viajes de ida o de vuelta, máximo de 30 millas por año, a un lugar relacionado con la salud que el plan aprobó, en taxi, servicios de transporte compartido, camioneta o transporte médico.
Servicios de urgencia	Dentro y fuera de la red Usted paga \$30 de copago por cada visita de atención de urgencia necesaria cubierta por Medicare en los Estados Unidos y sus territorios. Usted paga \$95 de copago por cada visita de atención de urgencia necesaria no cubierta por Medicare fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Dentro y fuera de la red Usted paga \$45 de copago por cada visita de atención de urgencia necesaria cubierta por Medicare en los Estados Unidos y sus territorios. Usted paga \$110 de copago por cada visita de atención de urgencia necesaria no cubierta por Medicare fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Atención de la visión	Dentro de la red Usted paga un \$0 de copago por cada prueba de glaucoma preventiva cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.	Dentro de la red Usted paga un \$0 de copago por cada prueba de glaucoma preventiva cubierta por Medicare. Usted paga \$40 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	Usted paga el 20 % del costo total por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga el 20 % del costo total por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Atención de la vista: beneficios adicionales	Asignación anual de \$150 para anteojos no cubiertos por Medicare (como marcos y lentes de anteojos o lentes de contacto).	Asignación anual de \$225 para anteojos no cubiertos por Medicare (como marcos y lentes de anteojos o lentes de contacto).

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si toma un producto biológico original que se está reemplazando por uno biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o reciba un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados o pedirle más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

A partir de 2025, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos medicamentos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento o producto biológico de marca en el mismo nivel de costo compartido o uno menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar de inmediato nuevas restricciones, o ambos.

Esto significa que, por ejemplo, si toma un medicamento o producto biológico de marca que se está reemplazando por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos u obtenga un suministro para un mes de su medicamento o producto biológico de marca en el momento en que realicemos el cambio; igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

[https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients)

[biosimilars#For%20Patients.](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients) También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados o pedirle más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

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 2024, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite la Cláusula de subsidio por bajos ingresos o LIS.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. La Etapa de período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

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

Cambios en la Etapa de deducible	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferidos del Nivel 3, medicamentos no preferidos del Nivel 4 y medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>Deducible: \$250 para los niveles 3 a 5, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, \$12 por receta para medicamentos genéricos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3, medicamentos no preferidos del Nivel 4 y medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Deducible: \$500 para los niveles 3 a 5, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por costo compartido para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, \$15 por receta para medicamentos genéricos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3, medicamentos no preferidos del Nivel 4 y medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (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 este cuadro son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: Usted paga el 27 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados: Usted paga el 26 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).	Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica).

Cambios en la Etapa de cobertura en situación catastrófica

La Etapa de cobertura en situación catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos de su bolsillo.

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

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No aplicable.	<p>El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-889-9792 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea permanecer en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

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

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente
- – *O*– Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

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

Paso 2: cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare si necesita más información sobre cómo hacerlo
 - – *O* – Comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de **octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿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 2025 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 2025.

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

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía.

Para averiguar si califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778
- La oficina de Medicaid de su estado
- **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 con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, los ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Atención de VIH para no Asegurados del Departamento de Salud para el VIH del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Atención del VIH para No Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-542-2437**.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, que comienza en 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **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 aquellos que reúnen los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los afiliados son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos

los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer este plan de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-889-9792 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos listos para ayudarlo. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924**. (Solo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* para MVP Medicare WellSelect con Parte D (PPO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2: 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 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.