

Resumen de Beneficios 2024

MVP Health Plan, Inc.

MVP® Medicare WellSelect® con Parte D (PPO)

MVP Medicare Patriot PlanSM con Parte D (PPO)

H9615: Plan 010, Plan 018

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MVP Health Plan desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted tendrá que pagar. En ella no se detallan todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de Cobertura".

Para inscribirse en los planes **MVP® Medicare WellSelect® con Parte D (PPO)** o **MVP Medicare Patriot PlanSM con Parte D (PPO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio de Hudson Valley incluye los siguientes condados de Nueva York: Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester.

Los planes **MVP® Medicare WellSelect® con Parte D (PPO)** y **MVP Medicare Patriot PlanSM con Parte D (PPO)** cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que están en nuestra red, pagará menos por sus servicios cubiertos. Sin embargo, si lo desea, puede usar proveedores que no están en nuestra red y pagará más por sus servicios cubiertos.

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot PlanSM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.	Usted paga \$42.40	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B. (\$164.90 en 2023). Este monto puede cambiar en 2024.
Deducible	Este plan no tiene un deducible por servicios médicos.	Este plan no tiene un deducible por servicios médicos.	
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (<i>no incluye medicamentos con receta</i>)	\$7,550 dentro de la red y \$11,300 dentro/fuera de la red combinados anualmente.	\$7,550 dentro de la red y \$11,300 dentro/fuera de la red combinados anualmente.	Lo máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos para el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$385 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 91. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$400 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 91. Fuera de la red: coseguro del 40 %.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de estadía en un hospital para pacientes internados. El copago se aplica a cada nueva estadía en un hospital para pacientes internados. No se aplican los períodos de beneficios de Medicare.

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$350 por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$225 por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$350 por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$200 por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado. Fuera de la red: coseguro del 40 %.</p>	<p>El copago por cirugías practicadas por médicos también se aplica a la cirugía ambulatoria o en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Visitas médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de cuidado primario <ul style="list-style-type: none"> • Especialistas (Los servicios pueden requerir autorización) 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita al PCP. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$5 por visita al PCP.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$45 de copago por cada visita del especialista. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita al especialista.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita al PCP. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$5 por visita al PCP.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por visita al especialista. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50 por visita al especialista.</p>	<p>El costo compartido se aplica a todos los servicios que recibe, incluso cuando recibe varios servicios de un mismo proveedor.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Atención preventiva	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Hay algunos servicios no cubiertos a un costo de \$0.
Atención de emergencia	Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$95 por visita.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$95 por visita.	Si es hospitalizado dentro de las 24 horas, no se aplica el copago. La atención de emergencia se brinda en todo el mundo.
Servicios de urgencia	Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita.	Los servicios de urgencia se proporcionan en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética por imagen [RMI]) • Servicios de laboratorio 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$60-\$150. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$50-\$200. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Se requiere autorización previa para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>El costo compartido se aplica a todos los servicios que recibe, incluso cuando recibe</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos • Radiografías para pacientes ambulatorios <p>(Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$50.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p>	<p>varios servicios de un mismo proveedor.</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de diagnóstico para la audición • Exámenes de audición de rutina • Audífonos 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro de la red: Entre \$699 y \$999 por audífono u obtenga hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro de la red \$699-\$999 por audífono o hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p> <p>Fuera de la red: No cubierto.</p>	<p>Examen de audición de rutina limitado a uno por año calendario.</p> <p>Los audífonos deben solicitarse a través de TruHearing. Límite de 1 audífono por oído por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación para OTC • Kit de cuidado posterior al reemplazo articular por artritis 	<p>Asignación de \$75.00 por trimestre</p> <p>Kit de atención personalizado</p>	<p>Asignación de \$50.00 por trimestre</p> <p>Kit de atención personalizado</p>	<p>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.</p> <p>El monto de la asignación no se transfiere de un trimestre a otro. Debe tener una autorización previa o haberse sometido a un reemplazo articular dentro del año del plan con un diagnóstico de artritis reumatoide u osteoartritis; puede 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.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención dental preventiva (exámenes bucales, profilaxis, tratamiento con flúor, radiografías) Atención dental integral (servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios) 	<p>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>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga 0 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga 0 % de coseguro.</p>	<p>Monto de la cobertura del beneficio máximo anual del plan: \$1,750 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>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>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.</p> <p>Si su proveedor no participa en la red del plan y cobra más que el beneficio máximo permitido, usted será responsable del costo adicional. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen ocular de diagnóstico • Examen ocular de rutina • Lentes y accesorios posteriores a la cirugía de cataratas • Asignación para anteojos 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Asignación de \$150 por año para anteojos.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Asignación de \$175 por año para anteojos.</p>	<p>El examen ocular de rutina se limita a uno por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente internado • Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios/Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (Los servicios pueden requerir autorización) 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$370 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 91.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$10 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$370 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 91.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$10 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20. Usted paga un copago de \$203 por día para los días 21 a 100. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20. Usted paga un copago de \$203 por día para los días 21 a 100. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p>
<p>Terapia física (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60 por visita.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por visita. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60 por visita.</p>	<p>Se aplican límites anuales en dólares a todos los servicios de terapia para pacientes ambulatorios. El límite en dólares también se aplica a los servicios de terapia en un centro de enfermería especializada (SNF) y en los departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Ambulancia (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$200 de copago por el servicio de ambulancia terrestre.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$500 de copago por el servicio de ambulancia aérea.</p>	<p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$150 por el servicio de ambulancia terrestre.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$300 por el servicio de ambulancia aérea.</p>	<p>También se pueden cubrir servicios de paramédicos. Estos Servicios Avanzados de Soporte Vital son independientes del traslado en ambulancia y solo se cubren si se dan todas las siguientes condiciones: 1. son proporcionados en un área rural de conformidad con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o el estado; 2. existe un contrato con un servicio de ambulancia voluntario; 3. son médicamente necesarios.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. 26 traslados de ida por año para citas médicas.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. 24 viajes de ida por año para citas médicas con proveedores que no sean de VA (capitación de 30 millas, de ida, por viaje) y viajes ilimitados al centro de VA (capitación de 45 millas, de ida, por viaje)</p>	<p>Debe usar un proveedor aprobado por el plan (capitación de 30 millas de ida)</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 0 %-20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga entre el 0 % y el 20 % de coseguro y su costo compartido máximo no superará los \$35.</p>	<p>El coseguro que usted paga se basa en el tipo de medicamentos de la Parte B que compra en una farmacia, que le administra un farmacéutico o que le administra su médico. (También puede aplicarse un copago por visita al consultorio). Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada</p>
<p>Cuidado de los pies (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y tratamiento de los pies • Cuidado de los pies de rutina (Los servicios pueden requerir autorización) 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$45. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$50.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60.</p>	<p>Exámenes y tratamiento de los pies de rutina solo si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con ciertas condiciones.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Suministros y equipos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos, prótesis ortopédicas) • Suministros para diabéticos (los servicios pueden requerir autorización) <p>Suministros y equipos médicos (continuación)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 0 %-20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por un suministro para 30 días de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de marca Freestyle, OneTouch, Precision y Prodigy; usted paga un copago de \$0 por un suministro para 30 días de tiras reactivas no preferidas con autorización previa. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 0 %-20 %. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por un suministro para 30 días de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de marca OneTouch, Precision, Freestyle y Prodigy; usted paga un copago de \$0 por un suministro para 30 días de tiras reactivas no preferidas con autorización previa. Fuera de la red: Usted paga 40 % de coseguro.</p>	<p>Debe tener diagnósticos de hipertensión. Se cubrirá un manguito de presión arterial básico aprobado de nuestro</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> Manguito de presión arterial Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño 	<p>Un manguito de presión arterial básico por año sin costo.</p> <p>Asignación de \$250 por año en total para artículos seleccionados de nuestro proveedor contratado.</p>	<p>Un manguito de presión arterial básico por año sin costo.</p> <p>Asignación de \$250 por año en total para artículos seleccionados de nuestro proveedor contratado.</p>	<p>proveedor contratado por año.</p> <p>Debe tener diagnósticos relacionados con un accidente cerebrovascular. Artículos de seguridad para el baño en una lista seleccionada de nuestro proveedor contratado que incluyen, entre otros, asientos de ducha, asientos elevados de inodoro, asientos de bañera y barras de apoyo. Solo se cubrirán los artículos aprobados a través de nuestro proveedor contratado aprobado.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>14 comidas después del alta de un hospital para pacientes internados</p>	<p>14 comidas después del alta de un hospital para pacientes internados.</p>	<p>Las comidas posteriores a la hospitalización están cubiertas a través de un proveedor contratado y organizadas a través del Programa de Administración de la Atención. Beneficio de 14 comidas durante 7 días.</p> <p>Sin límite en la cantidad de veces que se puede acceder al beneficio en un año calendario, siempre y cuando esté precedido de una hospitalización.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plans SM con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • SilverSneakers® <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Recompensas Be Well 	<p>Ningún costo por la membresía en SilverSneakers® y por usar los gimnasios y recursos virtuales de SilverSneakers®. Además, obtiene acceso a GetSetUp, con miles de clases en línea en vivo para despertar sus intereses en temas como cocina, tecnología y arte.</p> <p>Con el Programa de Recompensas Be Well de MVP, los afiliados de Medicare reciben 100 puntos cuando completan una visita anual de bienestar. Luego, los afiliados pueden canjear sus puntos de recompensa por una tarjeta de regalo de \$100.</p>	<p>Ningún costo por la membresía en SilverSneakers® y por usar los gimnasios y recursos virtuales de SilverSneakers®. Además, obtiene acceso a GetSetUp, con miles de clases en línea en vivo para despertar sus intereses en temas como cocina, tecnología y arte.</p> <p>Con el Programa de Recompensas Be Well de MVP, los afiliados de Medicare reciben 100 puntos cuando completan una visita anual de bienestar. Luego, los afiliados pueden canjear sus puntos de recompensa por una tarjeta de regalo de \$100.</p>	
<p>Servicios de atención virtual de MVP</p>	<p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por cada visita realizada a través de tecnologías de acceso remoto.</p>	<p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por cada visita realizada a través de tecnologías de acceso remoto.</p>	<p>Debe usar un proveedor aprobado por el plan. Puede consultar a médicos por video con su teléfono inteligente, tableta o computadora portátil.</p>

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D		MVP Medicare Patriot Plan SM con Parte D (PPO)		Lo que debe saber
	Farmacia minorista: suministro de 30 días	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días	Farmacia minorista: suministro de 30 días	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días	Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.
Deducible	Deducible de \$250. Los medicamentos de los Niveles 1 y 2 y los medicamentos de insulina cubiertos por el Plan no están sujetos al deducible.		Deducible de \$250. Los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 y los medicamentos de insulina seleccionados no están sujetos al deducible		
Cobertura inicial					
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga este monto por cada receta hasta que sus costos anuales de medicamentos alcancen los \$5,030. Si reside en un centro de atención a largo plazo, solo hay
Nivel 2: Genéricos	Usted paga \$12.	Usted paga \$24.	Usted paga \$15.	Usted paga \$30.	
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.	
Nivel 4: De marca no preferida	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	
Nivel 5: De especialidad	Usted paga el 27 %.	No disponible.	Usted paga el 27 %.	No disponible.	
Insulina cubierta por el plan	Usted paga hasta \$35.	Usted paga hasta \$70.	Usted paga hasta \$35.	Usted paga hasta \$70.	

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D		MVP Medicare Patriot Plan SM con Parte D (PPO)		Lo que debe saber
					disponible un suministro de 31 días y usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.
Interrupción de cobertura					
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.			Usted paga este monto por cada receta hasta que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$8,000.
Otros medicamentos genéricos (Niveles 2 a 5)	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.			
Medicamentos de marca (Niveles 2 a 5)	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.			
Insulina cubierta por el plan	Usted paga hasta \$35.	Usted paga hasta \$70.			
Cobertura catastrófica					
Niveles 1 a 5: Usted paga \$0 de copago por todos los niveles de medicamentos					Usted paga este monto después de que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$8,000.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de "Medicare y Usted". Puede verlo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia 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.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que aparece a continuación o visite nuestro sitio web, mvphealthcare.com. Número gratuito: **1-800-324-3899**, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del este.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este.

Puede consultar el directorio de proveedores del plan en mvphealthcare.com

Puede consultar el directorio de farmacias del plan en mvphealthcare.com/partD

Puede consultar el Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones que hubiere en mvphealthcare.com/partD

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen obligación de tratar a los afiliados de MVP Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red. Los servicios de atención virtual de MVP a través de Gia están disponibles sin costo compartido para la mayoría de los afiliados. Las consultas presenciales y los referidos pueden estar sujetos a costo compartido según el plan.

MVP Health Care cumple con las leyes federales sobre los derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas la orientación sexual y la identidad de género).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-946-8010 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-946-8010 (TTY 711).