

Resumen de Beneficios 2026

MVP Health Plan, Inc.

MVP Medicare Secure Plus[®] con Parte D (HMO-POS)

MVP Medicare Preferred Gold[®] sin Parte D (HMO-POS)

MVP Medicare Complete Wellness[®] con Parte D (PPO)

H3305: Plan 022 y Plan 020

H9615: Plan 023

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MVP Health Plan desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

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 **MVP Medicare Secure Plus[®] con Parte D (HMO-POS)**, **MVP Medicare Preferred Gold[®] sin Parte D (HMO-POS)** o **MVP Medicare Complete Wellness[®] 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 o Westchester.

Y0051_0534_M

MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS) y **MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios. Estos planes tienen un beneficio de punto de servicio (Point-of-Service, POS).

- Los servicios cubiertos por POS se limitan a \$4,000 por año, y usted paga un coseguro del 30% por MVP Medicare Preferred Gold® con Parte D y MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D.

No todos los servicios están cubiertos por el POS. Los servicios no cubiertos por POS se indican en la tabla adjunta y también en su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO) cuenta 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 Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$15.00.	Usted paga \$116.00.	Usted paga \$0	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B. (\$185.00 en 2025. Este monto puede cambiar en 2026).
Deducible	Este plan no tiene un deducible por servicios médicos.	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>	\$9,250 dentro de la red y \$13,900 dentro/fuera de la red combinados anualmente.	\$6,000 por año.	\$7,200 por año.	Lo máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos para el año.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro de la Red: Usted paga un copago de \$445 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.	Usted paga un copago de \$350 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.	Usted paga un copago de \$375 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.	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.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro de la Red: Usted paga 20% de coseguro por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios. Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.	Usted paga un copago de \$300 por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios.	Usted paga un copago de \$350 por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios.	El copago por cirugías practicadas por médicos también se aplica a la cirugía ambulatoria o en un hospital para pacientes ambulatorios.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) (los servicios pueden requerir autorización)	<p>Usted paga 15% de coseguro por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	Usted paga un copago de \$200 por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.	Usted paga \$250 de copago por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.	El copago por cirugías practicadas por médicos también se aplica a la cirugía ambulatoria o en un hospital para pacientes ambulatorios.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Visitas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de cuidado primario • Especialistas (Los servicios pueden requerir autorización)	<p>Dentro de la Red: Usted paga \$0 por visita al PCP.</p> <p>Fuera de la Red: usted paga 30% de coseguro por visita al PCP.</p> <p>Dentro de la Red: Usted paga un copago de \$55 por visita del especialista.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro por visita del especialista.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>	<p>El costo compartido se aplica a todos los servicios que recibe, incluso cuando recibe varios servicios de un mismo proveedor.</p>
Atención preventiva	<p>Dentro/Fuera de la Red: Usted paga \$0 de copago.</p>	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	<p>Se cubrirá cualquier servicio adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Hay servicios que no se cubren por \$0.</p>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Atención de emergencia	Dentro/Fuera de la Red: Usted paga \$115 de copago por visita.	Usted paga \$100 de copago por visita.	Usted paga \$115 de copago 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 \$40 por visita. Dentro y fuera de la red: Usted paga un copago de \$115 por la cobertura de atención urgente en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$20 por visita. Dentro y fuera de la red: Usted paga un copago de \$100 por la cobertura de atención urgente en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$40 por visita. Dentro y fuera de la red: Usted paga un copago de \$115 por la cobertura de atención urgente en todo el mundo.	Los servicios de urgencia se proporcionan en todo el mundo.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
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 Pruebas de diagnóstico y procedimientos Radiografías para pacientes ambulatorios <p>(Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la Red: Usted paga entre \$55 y \$400 de copago.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la Red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la Red: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la Red: Usted paga \$55 de copago.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>Usted paga entre \$40 y \$250 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$40.</p>	<p>Usted paga entre \$50 y \$200 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>Usted paga un copago de \$50.</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 Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> Exámenes auditivos de rutina y de diagnóstico 	<p>Dentro de la Red: Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por examen auditivo de rutina.</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>Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por examen auditivo de rutina.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por examen auditivo de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por examen auditivo de rutina.</p>	<p>Exámenes auditivos de rutina no cubiertos por POS. Exámenes de audición de rutina limitados 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>
<ul style="list-style-type: none"> Audífonos 	<p>Dentro de la Red: entre \$699 a \$999 por audífono u obtenga hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p> <p>Fuera de la Red: No cubierto</p>	<p>Usted paga \$699 a \$999 de copago por audífono o hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p>	<p>Usted paga \$699 a \$999 de copago por audífono o hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p>	

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Servicios dentales preventivos e integrales	Monto de la cobertura del beneficio máximo anual Monto: \$750 por año calendario para servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen la asignación son su responsabilidad).	Monto de la cobertura del beneficio máximo anual Monto: \$1,500 por año calendario para servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen la asignación son su responsabilidad).	Monto de la cobertura del beneficio máximo anual Monto: \$1,000 por año calendario para servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen la asignación son su responsabilidad).	La asignación se proporciona en una tarjeta de débito prepaga que se puede utilizar en cualquier proveedor dental. Una vez que se utilice la asignación completa, usted será responsable del 100% del costo de cualquier servicio dental preventivo o integral. Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente año calendario. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.
	Usted paga un copago de \$50 por los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.	Usted paga un copago de \$35 por los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$30 por los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Artículos de venta libre (OTC) <ul style="list-style-type: none"> Asignación para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Kit de cuidado posterior al reemplazo articular por artritis 	<p>Asignación de \$25.00 por trimestre</p> <p>El kit de atención para el procedimiento de reemplazo de artritis posterior a la articulación no es un beneficio cubierto por este plan.</p>	<p>Asignación de \$50.00 por trimestre</p> <p>Kit de atención personalizado</p>	<p>Asignación de \$25.00 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 en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se transfiere de un trimestre a otro. Los afiliados deben 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 pinza alcanza objetos, calzador,</p>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
				alfombra antideslizante para baño, cordones para zapatos alternativos, cordones diseñados para aquellos con necesidades especiales, calzador de calcetines y esponja de mango largo para ducha a través de nuestro proveedor contratado autorizado.
Servicios de la visión <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>Usted paga un copago de \$20 por examen ocular de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por examen ocular de rutina.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Asignación de \$150 por año para anteojos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por examen ocular de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por examen ocular de rutina.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Asignación de \$175 por año para anteojos.</p>	<p>Usted paga \$20 por examen ocular de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por examen ocular de rutina.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Asignación de \$150 por año para anteojos.</p>	<p>Los exámenes oculares de rutina se limitan a uno por año calendario. Los exámenes oculares de rutina fuera de la red tienen un beneficio máximo pagadero de \$70 por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Servicios de salud mental <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 \$415 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>Usted paga \$10 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 30% de coseguro.</p>	<p>Usted paga \$350 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>Usted paga \$10 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga \$375 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>Usted paga \$30 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Los servicios de salud mental no están cubiertos por POS.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF) (Los servicios pueden requerir autorización)	<p>Dentro de la Red: Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20. \$218 de copago por día para los días 21 a 100.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20. \$214 de copago por día para los días 21 a 100.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20. \$218 de copago por día para los días 21 a 100.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Servicios del SNF no cubiertos por el POS.</p>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Terapia física (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro de la Red: Usted paga \$35 de copago por visita. Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro por visita.	Usted paga \$15 de copago por visita.	Usted paga un copago de \$20 por visita.	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.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Ambulancia (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro/Fuera de la Red: Usted paga un copago de \$320 por el servicio de ambulancia terrestre. Dentro/Fuera de la Red: Usted paga un copago de \$500 por el servicio de ambulancia aérea.	Usted paga un copago de \$200 por el servicio de ambulancia terrestre. Usted paga un copago de \$300 por el servicio de ambulancia aérea.	Usted paga un copago de \$200 por el servicio de ambulancia terrestre. Usted paga un copago de \$400 por el servicio de ambulancia aérea.	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.
Transporte	El transporte no es un beneficio cubierto por este plan.	Usted paga \$0 de copago. 24 traslados de ida, máx. 30 millas por año para citas médicas.	Usted paga \$0 de copago. 12 traslados de ida, máx. 30 millas por año para citas médicas. Viajes ilimitados a un centro de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) con un máx. de 45 millas	Debe usar un proveedor aprobado por el plan (capitación de 30 millas de ida)

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare (es posible que los servicios requieran autorización) <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de insulina 	Dentro de la Red: Usted paga un coseguro del 20%. Fuera de la Red: Usted paga 40% Dentro de la Red: Usted paga entre el 0% y el 20% de coseguro y su costo compartido máximo no superará los \$35.	Usted paga un coseguro del 20%. Dentro de la Red: Usted paga entre el 0% y el 20% de coseguro y su costo compartido máximo no superará los \$35.	Usted paga un coseguro del 20%. Dentro de la Red: Usted paga entre el 0% y el 20% de coseguro y su costo compartido máximo no superará los \$35.	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 su médico. (También puede aplicarse un copago por visita al consultorio). Los medicamentos de la Parte B no están cubiertos por POS. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.
Cuidado de los pies (servicios de podología) <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)	Dentro de la Red: Usted paga \$55 de copago. Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$35 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un copago de \$40. Usted paga \$0 de copago	Cuidado de los pies de rutina si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con ciertas condiciones.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Suministros y equipos médicos <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>Dentro de la Red: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la Red: Usted paga un coseguro del 0%-20%.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la Red: Usted paga \$10 de copago por un suministro de 30 días de glucómetros y tiras reactivas para medir la glucosa en sangre de marca Accu-chek, Freestyle y Prodigy.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por un suministro de 30 días de tiras no preferidas que tienen autorización previa.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0%-20%.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un suministro de 30 días de glucómetros y tiras reactivas para medir la glucosa en sangre de marca Accu-Chek, Freestyle y Prodigy. Usted paga \$0 de copago por un suministro de 30 días de tiras no preferidas que tienen autorización previa.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0%-20%.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un suministro de 30 días de glucómetros y tiras reactivas para medir la glucosa en sangre de marca Accu-Chek, Freestyle y Prodigy. Usted paga \$0 de copago por un suministro de 30 días de tiras no preferidas que tienen autorización previa.</p>	

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	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>No es un beneficio cubierto por este plan.</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>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>Debe tener diagnósticos de hipertensión. Se cubrirá un manguito de presión arterial básico aprobado de nuestro 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>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Beneficio de comidas	No es un beneficio cubierto por este plan.	14 comidas durante 7 días después del alta hospitalaria	14 comidas durante 7 días después del alta hospitalaria	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. 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.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness® con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus® con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold® sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> SilverSneakers® 	Ningún costo por la membresía en SilverSneakers® y por usar los gimnasios y recursos virtuales de SilverSneakers®.	Ningún costo por la membresía en SilverSneakers® y por usar los gimnasios y recursos virtuales de SilverSneakers®.	Ningún costo por la membresía en SilverSneakers® y por usar los gimnasios y recursos virtuales de SilverSneakers®.	
<ul style="list-style-type: none"> Programa de Recompensas Be Well 	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.	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.	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.	

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Servicios de atención virtual de MVP	Usted paga \$0 de copago por visita.	Usted paga \$0 de copago por visita.	Usted paga \$0 de copago por visita.	<p>Los servicios de atención virtual de MVP proporcionados por Amwell, Galileo y UCM a través de Gia están disponibles sin costo compartido.</p> <p>Otros servicios de atención virtual a través de Gia están sujetos al costo compartido aplicable.</p> <p>Puede consultar a médicos por video con su teléfono inteligente, tableta o computadora portátil. Sin cobertura de POS.</p>

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios				
Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)	MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)	MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una 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). 			Los medicamentos con receta de la Parte D no están cubiertos.	Para obtener información específica sobre sus costos, consulte el Capítulo 6 en su <i>Evidencia de Cobertura</i> .

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios						
Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)		MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)		MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
	Farmacia minorista: suministro de 30 días	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días, excepto el Nivel 1, que es un suministro de 100 días	Farmacia minorista: suministro de 30 días	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días, excepto el Nivel 1, que es un suministro de 100 días	Los medicamentos con receta de la Parte D no están cubiertos.	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 \$615. Los medicamentos de Nivel 1 los medicamentos de insulina cubiertos por el Plan no están sujetos al deducible.		Deducible de \$400. Los medicamentos de Nivel 1 los medicamentos de insulina cubiertos por el Plan no están sujetos al deducible.		No cubierto.	
Cobertura inicial					No cubierto.	
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	No cubierto.	Usted paga este monto por cada receta hasta que sus costos anuales de medicamentos alcancen los \$2,100. Si reside en un centro de atención a largo plazo, solo hay disponible un
Nivel 2: Genéricos	Usted paga \$2	Usted paga \$4	Usted paga \$2.	Usted paga \$4.		
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga el 16%	Usted paga el 16%	Usted paga el 16%.	Usted paga el 16%		
Nivel 4: De marca no preferida	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.	Usted paga el 25%.		
	Usted paga el 25%.	No disponible.	Usted paga el 25%.	No disponible.		

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios						
Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness [®] con Parte D (PPO)		MVP Medicare Secure Plus [®] con Parte D (HMO-POS)		MVP Medicare Preferred Gold [®] sin Parte D (HMO-POS)	Lo que debe saber
Nivel 5: Medicamentos de insulina cubiertos por el plan de nivel de especialidad.	Usted paga hasta \$35.	Usted paga hasta \$70.	Usted paga hasta \$35.	Usted paga hasta \$70.		suministro de 31 días y usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.
Cobertura en situación catastrófica Niveles 1 a 5: Usted paga \$0 de copago por todos los niveles de medicamentos.					No cubierto.	Usted paga este monto después de que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$2,100.

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. UCM Digital Health, Amwell proporcionan los servicios de atención virtual de MVP Health Care sin costo compartido para los afiliados. (Se pueden aplicar excepciones al plan). Las visitas digitales o directas del afiliado al proveedor pueden estar sujetas a copago o 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).

Asistencia lingüística

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-844-946-8010 (TTY 711).

English

ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Español
(Spanish)**

请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-844-946-8010 (TTY 711)。

**繁體中文
(Chinese)**

ملاحظة: 1-844-946-8010
خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم (TTY 711).

**لغربية
(Arabic)**

주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다 1-844-946-8010 (TTY 711). 번으로 연락해 주십시오.

**한국어
(Korean)**

ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Русский
(Russian)**

ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Italiano
(Italian)**

ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Français
(French)**

ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Kreyòl Ayisyen
(French Creole)**

אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-844-946-8010 (TTY 711).

**אידיש
(Yiddish)**

UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Polski
(Polish)**

ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Tagalog
(Tagalog-Filipino)**

মনোঃনোঃগ ামুনোঃে ভাষা সহায়তা পরিঃনোষাবা এবং অঃোঃে সাহাঃে আপঃাঃ জঃে উপঃক। 1-844-946-8010 (TTY 711).-এ ফোঃাঃ করঃ।

**বাংলা
(Bengali)**

VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Shqip
(Albanian)**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-844-946-8010 (TTY 711).

**Ελληνικά
(Greek)**

توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-844-946-8010 (TTY 711)۔

**اردو
(Urdu)**