

Resumen de Beneficios 2027

MVP Health Plan, Inc.

MVP DualAccess Complete con Parte D (HMO D-SNP)

H3305: Plan 034

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por MVP Health Plan del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027.

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato. La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo 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 servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de Cobertura".

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) para beneficiarios de Medicare que también son elegibles para Medicaid. Este es un plan Medicare Advantage que cubre medicamentos con receta. El monto que un afiliado paga por primas, deducibles, copagos y/o coseguros puede variar según el nivel de elegibilidad para Medicaid y la "Ayuda Adicional" que reciba el afiliado. Para inscribirse en este plan, debe estar inscrito en uno de los siguientes Programas de Ahorro de Medicare.

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB Plus):** Medicaid cubre sus costos compartidos de Medicare, incluidos deducibles, primas, copagos y coseguros para servicios médicos. Usted también es elegible para recibir todos los beneficios del programa Medicaid de su estado. Solo pagará copagos por medicamentos recetados de la Parte D.
- **Doble Elegibilidad con Beneficio Completo (FBDE):** Es elegible para los beneficios completos del programa Medicaid de su estado. Además, Medicaid puede cubrir parte de su costo compartido de Medicare para servicios médicos, dependiendo del programa de Medicaid de su estado.

Para unirse a **MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)** debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio. También debe estar inscrito en uno de los Programas de Ahorro de Medicare mencionados anteriormente. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nueva York: Albany, Columbia, Dutchess, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Livingston, Monroe, Montgomery, Ontario, Orange, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester.

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Y0051_1025_M



Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Prima Mensual del Plan	Usted paga \$0.	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B si no lo paga Medicaid. (\$206.50 en 2026. Este monto podría cambiar en 2027.)
Deducible	Este plan no tiene un deducible por servicios médicos.	
Responsabilidad Máxima de Gasto de Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$9,850 por año.	Mientras Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, no tendrá una responsabilidad máxima de gasto de bolsillo.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados (Los servicios pueden requerir Autorización)	Usted paga \$0 de copago.	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una hospitalización. No se aplican los periodos de beneficios de Medicare.
Cobertura Hospitalaria Ambulatoria (Los servicios pueden requerir Autorización)	Usted paga \$0 de copago por la cirugía ambulatoria en un hospital.	Puede ser necesario un costo adicional para los servicios de proveedores en el centro de atención ambulatoria.
Servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	Usted paga \$0 de copago por visita en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.	No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio. Puede ser necesario un costo compartido adicional para los servicios de proveedores en el centro quirúrgico ambulatorio.

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Visitas Médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de Atención Primaria • Especialistas (Los servicios pueden requerir Autorización) 	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>	<p>Se puede aplicar un costo compartido adicional a los servicios durante una visita médica, por ejemplo, una prueba o análisis de laboratorio.</p>
Atención Preventiva	Usted paga \$0 de copago.	Los servicios preventivos específicos con \$0 de costo compartido se encuentran en la Evidencia de Cobertura.
Atención de Urgencias	Usted paga \$0 de copago por visita.	Si es hospitalizado en un plazo de 24 horas, se exime del copago de Atención de Urgencias y será responsable del costo compartido de la atención hospitalaria. La atención de urgencias se proporciona en todo el mundo.
Servicios Urgentemente Necesarios	Usted paga \$0 de copago por visita.	Se proporcionan servicios urgentemente necesarios en todo el mundo.

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
<p>Servicios de diagnóstico/ Exámenes de laboratorio/ Imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., RMN) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Radiografías ambulatorias (Los servicios pueden requerir Autorización) 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Si recibe varios servicios, incluso del mismo proveedor, será responsable de varios costos compartidos</p>

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Servicios Dentales Preventivos: Exámenes Orales, Profilaxis, Flúor, Radiografías)	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.	Se aplican restricciones de servicio basadas en la tabla de tarifas establecida, que incluye el tipo de servicio, número y frecuencia. El beneficio está disponible únicamente a través de proveedores dentro de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.
Servicios Dentales Integrales: Servicios de Diagnóstico, Servicios de Restauración, Endodoncia, Periodoncia, Extracciones, Prostodoncia, Cirugía Oral/Maxilofacial, Otros Servicios (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.	
Servicios para la Visión <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista de diagnóstico Anteojos postoperatorios de cataratas Asignación para anteojos 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Asignación anual de \$175 para anteojos.</p>	<p>Un (1) examen de la vista al año a través de un proveedor participante del plan.</p> <p>Asignación anual para marcos y cristales y/o lentes de contacto a través del proveedor participante del plan.</p>

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Servicios de Salud Mental <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente internado • Visita de terapia grupal ambulatoria • Visita de terapia individual ambulatoria (Los servicios pueden requerir Autorización) 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>	
Centro de Enfermería Especializada (SNF) (Los servicios pueden requerir Autorización)	Usted paga \$0 de copago.	
Fisioterapia (Los servicios pueden requerir Autorización)	Usted paga \$0 de copago.	
Ambulancia (Los servicios pueden requerir Autorización)	Usted paga \$0 de copago.	<p>También pueden estar cubiertos los servicios de paramédicos. Estos Servicios de Soporte Vital Avanzado son independientes del transporte de ambulancia y están cubiertos si se cumple todo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. se proporciona en una zona rural según CMS o el Estado; 2. mediante un contrato con un servicio de ambulancia voluntario; 3. son médicamente necesarios.
Transporte	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>24 viajes de ida a citas médicas.</p>	<p>Debe usar un proveedor aprobado por el plan.</p> <p>(30 millas, límite de ida)</p>

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare (Los servicios pueden requerir Autorización)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 0% por los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, administrados por un farmacéutico o por su médico. (También puede aplicarse un copago por visita a la consulta.) 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 diagnósticos y tratamiento de los pies • Cuidado de los pies de rutina (Los servicios pueden requerir Autorización) 	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Cuidado de los pies de rutina si tiene daño en nervios relacionado con la diabetes y/o cumple ciertas condiciones.
Equipamiento y Suministros Médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipos Médicos Duraderos (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, órtesis, prótesis) • Suministros para la diabetes (Los servicios pueden requerir Autorización) 	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago por un suministro de 30 días de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de marca. Usted paga \$0 de copago por un suministro de 30 días de tiras reactivas no preferidas que tienen autorización previa.	Las marcas preferidas de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de MVP son Freestyle, AccuCheck y Prodigy.

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Programas de Acondicionamiento Físico <ul style="list-style-type: none"> SilverSneakers® Programas de Bienestar <ul style="list-style-type: none"> Programa de Recompensas Be Well 	<p>Sin costo para la membresía de SilverSneakers® y para utilizar los centros de acondicionamiento físico y recursos virtuales de SilverSneakers®.</p> <p>Con el Programa de Recompensas Be Well de MVP, a los afiliados a Medicare se les otorgan 100 puntos una vez que completen la visita anual de bienestar. Luego, los afiliados pueden canjear sus puntos de recompensa por una tarjeta de regalo de \$100.</p>	<p>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>
Servicios de Atención Virtual de MVP	Usted paga \$0 de copago por visita.	<p>Los servicios de atención virtual de Gia generalmente comienzan en \$0, pero puede aplicarse un costo compartido al afiliado por proveedores especializados, visitas presenciales y derivaciones. Consulte Gia para conocer los costos estimados al momento del servicio.</p> <p>Puede aplicarse elegibilidad, servicios cubiertos y límites de edad.</p> <p>Para emergencias graves o potencialmente mortales, llame al 911.</p>
Servicio de Entrega de Comidas	14 comidas tras el alta hospitalaria.	<p>Las comidas posteriores a la hospitalización se cubren a través del proveedor contratado y se organizan mediante el programa de Gestión de Cuidados.</p> <p>Beneficio de 14 comidas durante 7 días.</p> <p>No hay límite en el número de veces que se puede acceder al beneficio en un año calendario, siempre que vaya precedido de una hospitalización.</p>

Primas y Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Beneficios Adicionales de SSBCI - Tarjeta de Beneficios Flexible de Alimentos y Productos Agrícolas y Apoyos Generales para la Vida	Asignación mensual de \$100.	<p>Alimentos y Productos Agrícolas, y/o Apoyos Generales para la Vida; (pagos de servicios públicos de electricidad, agua, calefacción, internet y/o teléfono). El monto de la asignación no utilizado no se traspasa de un mes a otro.</p> <p>La asignación de beneficio se combina con la asignación mensual para medicamentos de venta libre (OTC) para afiliados elegibles. Los alimentos y productos agrícolas pueden comprarse a través del proveedor aprobado por el plan y/o en tiendas minoristas seleccionadas.</p> <p>Los beneficios Adicionales de SSBCI mencionados son parte de beneficios complementarios especiales para los afiliados del plan Medicare Advantage de MVP que viven con cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos, y enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes. No todos los afiliados del plan califican. Una condición crónica por sí sola no garantiza la elegibilidad. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se otorguen los beneficios. Revise la Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada.</p>
Audífonos	Copago \$0 en el formulario limitado de audífonos de TruHearing: un audífono por oído, cada 3 años.	Debe utilizar un proveedor de TruHearing y elegir un audífono que se encuentre en el catálogo de TruHearing.

Comprender MVP DualAccess Complete con Parte D (HMO D-SNP)

Cobertura de Medicamentos con Receta

Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO-DSNP)	Lo que debe saber
------------	------------------------------------	-------------------

MVP DualAccess incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. El Formulario de la Parte D de MVP Medicare (la lista de medicamentos que cubren nuestros planes de Medicare) incluye cientos de medicamentos genéricos y de marca categorizados en diferentes “niveles” o niveles de costo. Consulte el Formulario para confirmar cuál es la cobertura de sus recetas y lo que tendrá que pagar. Todos los planes de la Parte D también tienen distintas etapas de pago, pero es posible continuar pagando el mismo costo compartido a medida que surte recetas durante el año y avanzando por estas etapas

Existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Bajo el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos cubiertos de marca de la Parte D durante la Fase de Cobertura Inicial y la Fase de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos repartiendo los en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre)

Para obtener información específica sobre sus costos, consulte el Capítulo 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

Comprender MVP DualAccess Complete con Parte D (HMO D-SNP)
Cobertura de Medicamentos con Receta

Comprender MVP DualAccess Complete con Parte D (HMO D-SNP)
Cobertura de Medicamentos con Receta

Beneficios	MVP DualAccess Complete (HMO-DSNP)		Lo que debe saber
Primas y Beneficios	Suministro minorista de receta para 30 días	Suministro por correo hasta 90 días, excepto Nivel 1 y Nivel 6, que son suministros para 100 días	
Deducible	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.		
Cobertura Inicial Niveles 1 a 5:	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <p>\$0 de copago o \$1.65 de copago o \$5.80 de copago</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <p>\$0 de copago o \$5.00 de copago o \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.</p>		<p>Usted paga este monto por cada receta hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen \$2,400.</p> <p>Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, solo hay suministro disponible para 31 días y paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>
Nivel 6 Medicamentos Select Care:	Usted paga \$0 por receta por Medicamentos Select Care en este nivel.		
Cobertura Catastrófica	Niveles 1 a 6: Usted paga \$0 de copago por todos los niveles de medicamentos.		Usted paga este monto después de que los costos de bolsillo anuales alcancen \$2,400.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Puede consultarlo en línea en **<http://www.medicare.gov>** o conseguir 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 visítenos en **mvphealthcare.com**. Llame gratis al **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 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Puede consultar el directorio de proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**

Puede consultar el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com/partD**

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com/partD**

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de MVP Health Plan, salvo 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. Las visitas presenciales y las derivaciones están sujetas a costos compartidos según el plan.

MVP Health Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluida 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).

Language Assistance

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

English

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 אוועלעבל פאר אייך אומזיסט. רופט
1-844-946-8010 (TTY 711).

**אידיש
(Yiddish)**

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

**Español
(Spanish)**

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

**Polski
(Polish)**

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)**

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

**Tagalog
(Tagalog-Filipino)**

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

**لغوية
(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)**

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

**Ελληνικά
(Greek)**

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)**

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). کریں

**اردو
(Urdu)**