

Resumen de Beneficios 2027

MVP Health Plan, Inc.

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

H9615: Plan 023

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 con un contrato de Medicare. 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".

Para unirse a **MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)** debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio en el Valle del Hudson incluye los siguientes condados de Nueva York: Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster o Westchester.

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que pertenecen a nuestra red, pagará menos por los servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede usar proveedores que no pertenezcan a nuestra red y pagará más por sus servicios cubiertos.

Y0051_1134_M

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Prima Mensual del Plan	Usted paga \$54.00.	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B . (\$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 <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	Dentro de la Red: \$9,850 Dentro/fuera de la red: \$14,800 combinados por año.	Lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$490 diario durante los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago diario durante los días 6 a 90. Usted paga \$0 de copago diario desde el día 91 en adelante. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una hospitalización. El copago se aplica a cada nueva hospitalización. No se aplican los periodos de beneficios de Medicare.
Cobertura Hospitalaria Ambulatoria (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20% por cirugías ambulatorias en un hospital. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.	El copago por cirugía médica también se aplica a cirugías ambulatorias en un hospital.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 15% por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.	El copago por cirugía médica también se aplica a cirugías ambulatorias.
Visitas Médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de Atención Primaria • Especialistas (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red: Usted paga \$0 por visita al proveedor de atención primaria. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por visita al proveedor de atención primaria. Dentro de la red: Usted paga un copago de \$60 por visita al especialista. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40% por visita al especialista.	El costo compartido se aplica a cada servicio que reciba, incluidos varios servicios del mismo proveedor.
Atención Preventiva	Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.	Cualquier servicio adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. Hay elementos que no están cubiertos por \$0.
Atención de Urgencias	Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga un copago de \$115 por visita.	Si es hospitalizado en un plazo de 24 horas, se exime del copago. La atención de urgencias se proporciona en todo el mundo.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Servicios Urgentemente Necesarios	<p>Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$115 por la cobertura de Atención de Urgencias en todo el mundo.</p>	Se proporcionan servicios urgentemente necesarios en todo el mundo.
<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 <p>(Los servicios pueden requerir Autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$45 a \$410.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.</p>	El costo compartido se aplica a cada servicio que reciba, incluidos varios servicios del mismo proveedor.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo de diagnóstico (cubierto por Medicare) • Examen auditivo de rutina (no cubierto por Medicare) • Audífonos 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago del 50%.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 50%.</p> <p>Dentro de la red: entre \$699 a \$999 por audífono o reciba hasta \$600 por oído para el costo de dos audífonos cada año.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 80%.</p>	<p>Los exámenes auditivos de rutina se limitan a uno (1) por año calendario.</p>
<p>Servicios Dentales cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$50 por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40% por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias.</p>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Servicios Dentales Preventivos Complementarios	<p>Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga \$0 de copago por servicio para servicios dentales preventivos a través de proveedores dentro y fuera de la red.</p> <p>El máximo anual de los servicios preventivos cubiertos es de 2 exámenes orales, 2 profilaxis (limpiezas) y 1 radiografía dental.</p>	<p>Una vez utilizado el beneficio máximo anual, es responsable del 100% del costo de cualquier servicio dental complementario.</p> <p>Los servicios recibidos de proveedores fuera de la red solo están cubiertos en los planes PPO.</p> <p>Los servicios cubiertos recibidos a través de un proveedor fuera de la red serán reembolsados hasta el monto permitido del plan según el esquema de tarifa.</p> <p>La cobertura se limita a códigos dentales específicos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
Servicios Dentales Integrales Complementarios	<p>Este no es un beneficio cubierto por este plan.</p>	
Artículos de Venta Libre (OTC) <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de OTC • Kit de Cuidado Posterior al Reemplazo de Articulación por Artritis 	<p>Este no es un beneficio cubierto por este plan.</p> <p>Este no es un beneficio cubierto por este plan.</p>	

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios para la Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de diagnóstico (cubierto por Medicare) • Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) • Anteojos postoperatorios de cataratas • Asignación para anteojos 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por cada examen de la vista de diagnóstico.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40% por cada examen de la vista de diagnóstico.</p> <p>Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga \$0 de copago por cada examen de la vista de rutina.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%</p> <p>Asignación anual de \$150 para anteojos.</p>	<p>Los exámenes de la vista de rutina se limitan a uno (1) por año calendario. Los exámenes de la vista de rutina fuera de la red tienen un beneficio máximo pagable de \$70 por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Fisioterapia (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$35 por visita. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40% por visita.	Los límites anuales de dinero se aplican a todos los servicios de terapia ambulatoria. El límite de dinero también se aplica a los servicios de terapia en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) y en los departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales.
Ambulancia (Los servicios pueden requerir Autorización)	Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga un copago de \$320 por el servicio de ambulancia terrestre. Dentro de la red/fuera de la red: Usted paga un copago de \$500 por el servicio de ambulancia aérea.	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: <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	Este no es un beneficio cubierto por este plan.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (Los servicios pueden requerir 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 un coseguro del 40% Su costo compartido máximo no superará los \$35.	El coseguro que paga se basa en el tipo de 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.) Medicamentos de la Parte B no cubiertos por la POS. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de Terapia Escalonada.

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Cuidado de los Pies (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes diagnósticos 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 \$60.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>El cuidado de los pies de rutina tiene cobertura si tiene daño en nervios relacionado con la diabetes y/o cumple ciertas condiciones. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
<p>Equipamiento y Suministros Médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos Médicos Duraderos (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, órtesis, prótesis) 	<p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 0% al 20%.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40%.</p>	

Primas y Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Equipos y Suministros Médicos continuación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para la diabetes (Los servicios pueden requerir Autorización) • Manguito de Presión Arterial • Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño 	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por un suministro de 30 días de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de marca preferida.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 40% por un suministro de 30 días de tiras reactivas no preferidas que tienen autorización previa.</p> <p>Un manguito básico de presión arterial al año sin costo.</p> <p>Este no es un beneficio cubierto por este plan.</p>	<p>Las marcas preferidas de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de MVP son Freestyle, Accu-Check y Prodigy.</p> <p>Debe tener diagnósticos de hipertensión. Un manguito básico de presión arterial aprobado por nuestro proveedor contratado estará cubierto por año. Debe tener diagnósticos relacionados con derrames cerebrales.</p>
<p>Beneficio de Comida</p>	<p>Este no es un beneficio cubierto por este plan.</p>	

Medicamentos con Receta Ambulatorios			
Beneficios	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)		Lo que debe saber
	Suministro minorista de receta para 30 días	Suministro por correo hasta 90 días, excepto Nivel 1, que es suministro para 100 días	Puede que consiga medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero puede que pague más que en una farmacia dentro de la red.
Deducible	Deducible de \$700. Los medicamentos de Nivel 1 y de insulina cubiertos por el plan no están sujetos al deducible.		
Cobertura Inicial Nivel 1: Genérico preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferida Nivel 4: Medicamentos No Preferidos Nivel 5: Nivel de Medicamentos Especializados Medicamentos de insulina cubiertos por el plan	Usted paga \$0. Usted paga \$2 Usted paga 16% Usted paga 43%. Usted paga 25%. Usted paga hasta \$35.	Usted paga \$0. Usted paga \$4 Usted paga 16% Usted paga 43%. No disponible. Usted paga hasta \$70.	Usted paga este monto por cada receta hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen \$2,400. 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.
Cobertura Catastrófica: Niveles 1 a 5: 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 **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 **mvphealthcare.com**.

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

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

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO con un contrato de Medicare. 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 directas o digitales de los afiliados pueden estar sujetas a copago/costo compartido 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)。