

Aspectos Destacados del Costo Compartido del Plan	Información de la Cobertura	Límites y Exclusiones
Deducible Anual por Año de Contrato	\$0 por persona	Ninguno
Coseguro	Según lo indicado abajo	Ninguno
Gasto de Bolsillo Máximo Anual	\$200 por persona	Ninguno
Visitas al Consultorio del Proveedor de Cuidado Primario (PCP)	Cubierto por completo	Ninguno
Visitas al Consultorio del Especialista	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios Preventivos y de Bienestar		
Atención de Niños Sanos y Vacunas		
Examen Físico Anual para Adultos (uno por año de contrato)		
Mamografía	Cubierto por completo.	Ninguno
Examen Anual Obstétrico/Ginecológico y Prueba de Papanicolaou	Para obtener una lista completa de servicios cubiertos de atención preventiva, visite mvphealthcare.com .	
Vacunas para Adultos		
Colonoscopia/Sigmoidoscopia de Detección		
Pruebas de Densidad Ósea		
Visitas al Consultorio del Médico	Cubierto por completo	
Servicios de Laboratorio de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Radiografía de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios de Diagnóstico por Imágenes Avanzados (Tomografía Computarizada [TC]/Tomografía por Emisión de Positrones [TEP]/Resonancia Magnética por Imagen [RMI])	Cubierto por completo	Por día, por proveedor
Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia [FT]/Terapia Ocupacional [TO]/Terapia del Habla [TH])	Cubierto por completo	60 visitas por afección, por año del plan en terapias combinadas
Servicios para la Alergia	Cubierto por completo	Costo compartido según el lugar donde se preste el servicio
Visita de quimioterapia	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios para Pacientes Internados - Hospital		
Admisiones Médicas/Quirúrgicas	Cubierto por completo	Por internación continua
Servicios Quirúrgicos	Cubierto por completo	Ninguno
Rehabilitación Física para Pacientes Internados	Cubierto por completo	60 días por año del plan en terapias combinadas
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios		
Servicios de Rehabilitación Hospitalarios (FT/TO/TH)	Cubierto por completo	60 visitas por afección, por año del plan en terapias combinadas
Servicios de Laboratorio de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Radiografía de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios de Diagnóstico por Imágenes Avanzados (TC/TEP/RMI)	Cubierto por completo	Por día, por proveedor
Cirugía Ambulatoria/para Pacientes Ambulatorios	Cubierto por completo	Ninguno

Atención de Emergencia		
Visita a la Sala de Emergencias (ER)	Cubierto por completo	Ninguno
Centros de Atención Urgente	Cubierto por completo	Ninguno
Ambulancia (Transporte Médico de Emergencia)	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios de Maternidad		
Maternidad: Atención Prenatal	Cubierto por completo	Ninguno
Maternidad: Parto con Médico	Cubierto por completo	Ninguno
Maternidad: Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Cubierto por completo	Ninguno
	Información de la Cobertura	Límites y Exclusiones
Servicios de Salud del Comportamiento		
Hospital para Pacientes Internados de Salud Mental	Cubierto por completo	Incluye tratamiento residencial
Servicio de Salud Mental Ambulatorio	Cubierto por completo	Ninguno
Hospital para Pacientes Internados con Trastornos por Consumo de Sustancias	Cubierto por completo	Incluye tratamiento residencial
Servicio para Pacientes Ambulatorios con Trastornos por Consumo de Sustancias	Cubierto por completo	Ninguno
Tratamiento Residencial	Cubierto por completo	Ninguno
Otros Servicios		
Medicamentos administrados por el médico	Cubierto por completo	Ninguno
Centro de Enfermería Especializada	Cubierto por completo	200 días por año del plan
Atención Médica en el Hogar	Cubierto por completo	40 visitas por año del plan
Hospicio	Cubierto por completo	210 días por año del plan; cinco (5) visitas para asesoramiento por duelo por muerte de un familiar
Equipo Médico Duradero	Cubierto por completo	Equipamiento estándar cubierto
Equipamiento y Suministros para Diabéticos	Cubierto por completo	Ninguno
Beneficio Quiropráctico	Cubierto por completo	Ninguno
Acupuntura	No cubierto	Ninguno
Cobertura de Medicamentos Recetados		
Nivel 1	Farmacia: copago de \$1/Servicio por correo: \$2.50 de copago	Suministro de 30 días en farmacia minorista
Nivel 2	Farmacia: copago de \$3/Servicio por correo: \$7.50 de copago	Suministro de 30 días en farmacia minorista
Nivel 3	Farmacia: copago de \$3/Servicio por correo: \$7.50 de copago	Suministro de 30 días en farmacia minorista
Deducible de Medicamentos con Receta	Ninguno	Ninguno
Atención de la Visión		
Atención de la Visión para Adultos	Cubierto por completo	Un examen por período de 12 meses, a menos que se indique lo contrario
Atención de la Visión Pediátrica	Cubierto por completo	Un examen por período de 12 meses, a menos que se indique lo contrario

Nueva York
 Nombre del Plan: Essential Plan 2
 Formulario del Plan: FRNY-EP-D-002 (2024)
 Estado del Plan: Activo



Otras Características del Plan		
Atención virtual Gia®	Cubierto por completo	Ninguno
Beneficios de Bienestar	Asignación de \$225	Gane una recompensa de \$100 por una visita anual de bienestar y hasta \$125 reembolso por contrato por año calendario.
Aspectos Destacados del Plan	Visite mvphealthcare.com para obtener más información. Consulte un Glosario de Términos completo y preguntas frecuentes de los afiliados para entender mejor sus beneficios del plan MVP.	

Esta descripción general del plan está destinada a proporcionar un esquema general de la cobertura. En caso de conflicto entre este documento y su Certificado de Cobertura (COC), Programa y cualquier Anexo(s) aplicable(s), su COC, Horario y Anexo(s) serán los controladores. Para obtener detalles del plan, llame al 1-800-TALK-MVP (825-5687) o visite mvphealthcare.com.

Los planes de beneficios de salud son emitidos o administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarias operativas de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.