

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	\$2,000 por persona	Ninguno
Visitas al Consultorio del Proveedor de Cuidado Primario (PCP)	Copago de \$15	Ninguno
Visitas al Consultorio del Especialista	Copago de \$25	Ninguno
Servicios Preventivos y de Bienestar		
Atención de Niños Sanos y Vacunas		
Examen Físico Anual para Adultos (uno por año de contrato)		
Mamografía		
Examen Anual Obstétrico/Ginecológico y Prueba de Papanicolaou		
Vacunas para Adultos		
Colonoscopia/Sigmoidoscopia de Detección		
Pruebas de Densidad Ósea		
Visitas al Consultorio del Médico		
Servicios de Laboratorio de Diagnóstico	PCP: copago de \$15/Especialista: copago de \$25	Ninguno
Radiografía de Diagnóstico	PCP: copago de \$15/Especialista: copago de \$25	Ninguno
Servicios de Diagnóstico por Imágenes Avanzados (Tomografía Computarizada [TC]/Tomografía por Emisión de Positrones [TEP]/Resonancia Magnética por Imagen [RMI])	Especialista: copago de \$25/Estándar - Gratuito: copago de \$25	Por día, por proveedor
Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia [FT]/Terapia Ocupacional [TO]/Terapia del Habla [TH])	Copago de \$15	60 visitas por afección, por año del plan en terapias combinadas
Servicios para la Alergia	Copago de \$25	Costo compartido según el lugar donde se preste el servicio
Visita de quimioterapia	Copago de \$15	Ninguno
Servicios para Pacientes Internados - Hospital		
Admisiones Médicas/Quirúrgicas	Copago de \$150	Por internación continua
Servicios Quirúrgicos	Copago de \$50	Ninguno
Rehabilitación Física para Pacientes Internados	Copago de \$150	60 días por año del plan en terapias combinadas
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios		
Servicios de Rehabilitación Hospitalarios (FT/TO/TH)	Copago de \$15	60 visitas por afección, por año del plan en terapias combinadas
Servicios de Laboratorio de Diagnóstico	Copago de \$25	Ninguno
Radiografía de Diagnóstico	Copago de \$25	Ninguno
Servicios de Diagnóstico por Imágenes Avanzados (TC/TEP/RMI)	Copago de \$25	Por día, por proveedor

*Se aplica deducible a este beneficio

Cirugía Ambulatoria/para Pacientes Ambulatorios	Copago de \$50	Ninguno
Atención de Emergencia		
Visita a la Sala de Emergencias (ER)	Copago de \$75	Ninguno
Centros de Atención Urgente	Copago de \$25	Ninguno
Ambulancia (Transporte Médico de Emergencia)	Copago de \$75	Ninguno
Servicios de Maternidad		
Maternidad: Atención Prenatal	Cubierto por completo	Ninguno
Maternidad: Parto con Médico	Copago de \$50	Ninguno
Maternidad: Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Copago de \$150	Ninguno
	Información de la Cobertura	Límites y Exclusiones
Servicios de Salud del Comportamiento		
Hospital para Pacientes Internados de Salud Mental	Copago de \$150	Incluye tratamiento residencial
Servicio de Salud Mental Ambulatorio	Copago de \$15	Ninguno
Hospital para Pacientes Internados con Trastornos por Consumo de Sustancias	Copago de \$150	Incluye tratamiento residencial
Servicio para Pacientes Ambulatorios con Trastornos por Consumo de Sustancias	Copago de \$15	Ninguno
Tratamiento Residencial	Copago de \$150	Ninguno
Otros Servicios		
Medicamentos administrados por el médico	Copago de \$25	Ninguno
Centro de Enfermería Especializada	Copago de \$150	200 días por año del plan
Atención Médica en el Hogar	Copago de \$15	40 visitas por año del plan
Hospicio	Pacientes internados: copago de \$150/Pacientes ambulatorios: copago de \$15	210 días por año del plan; cinco (5) visitas para asesoramiento por duelo por muerte de un familiar
Equipo Médico Duradero	Coseguro del 5%	Equipamiento estándar cubierto
Equipamiento y Suministros para Diabéticos	Copago de \$15	Ninguno
Beneficio Quiropráctico	Copago de \$25	Ninguno
Acupuntura	No cubierto	Ninguno
Cobertura de Medicamentos Recetados		
Nivel 1	Farmacia: copago de \$6/Servicio por correo: \$15 de copago	Suministro de 30 días en farmacia minorista
Nivel 2	Farmacia: copago de \$15/Servicio por correo: \$37.50 de copago	Suministro de 30 días en farmacia minorista
Nivel 3	Farmacia: copago de \$30/Servicio por correo: \$75.00 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

*Se aplica deducible a este beneficio

Nueva York

Nombre del Plan: Essential Plan 7

Formulario del Plan: FRNY-EP-D-007 (2024)

Estado del Plan: Activo



Atención de la Visión Pediátrica	Cubierto por completo	Un examen por período de 12 meses, a menos que se indique lo contrario
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 mas 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.