

Nueva York
 Nombre del Plan:
 Formulario del Plan:
 Estado del Plan:

Essential Plan 2
 FRNY-EP-D-002 (2021)
 Activo



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 Examen Anual Obstétrico/Ginecológico y Prueba de Papanicolaou Vacunas para Adultos Colonoscopia/Sigmoidoscopia de Detección Pruebas de Densidad Ósea	Cubierto por completo. Para obtener una lista completa de servicios cubiertos de atención preventiva, visite mvphealthcare.com .	Ninguno
Visitas al Consultorio del Médico		
Servicios de Laboratorio de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Radiografía de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios de Diagnóstico por Imágenes Avanzadas (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
Quimioterapia	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios para Pacientes Internados -		
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		
Servicios de rehabilitación hospitalaria (Fisioterapia [PT]/Terapia ocupacional [OT]/Terapia del habla [ST])	Cubierto por completo	60 visitas por afección, por año del plan en terapias
Servicios de laboratorio de diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Radiografía de Diagnóstico	Cubierto por completo	Ninguno
Servicios de Diagnóstico por Imágenes Avanzadas (Tomografía Computarizada [TC]/Tomografía por Emisión de Positrones [TEP]/Resonancia Magnética por Imagen [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

*Se aplica deducible a este beneficio

Nueva York

Nombre del Plan: Essential Plan 2
 Formulario del Plan: FRNY-EP-D-002 (2021)
 Estado del Plan: Activo



	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		
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 por familia
Equipo médico duradero	coseguro del 0 %	asesoramiento por duelo
Suministros y equipos para diabéticos	Cubierto por completo	Equipamiento estándar cubierto
Beneficio Quiropráctico	Cubierto por completo	Ninguno
Acupuntura	No cubierto	Ninguno
Cobertura de Medicamentos		
Nivel 1	Farmacia: copago de \$1/Servicio por correo: No cubierto	suministro de 30 días en farmacia minorista
Nivel 2	Farmacia: copago de \$3/Servicio por correo: No cubierto	suministro de 30 días en farmacia minorista
Nivel 3	Farmacia: copago de \$3/Servicio por correo: No cubierto	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
Atención de la Visión Pediátrica	Cubierto por completo	un examen por período de 12 meses
Otras Características del Plan		
Servicios de telemedicina	Cubierto por completo	Ninguno
Beneficios de Bienestar	Asignación de \$125	Gane hasta \$125 de reembolso por contrato por año calendario
Aspectos Destacados del Plan	Visite mvphealthcare.com para obtener más información. Vea un glosario completo de términos y preguntas frecuentes de los afiliados para comprender mejor los beneficios de su plan MVP.	

Los servicios de telemedicina de \$0 de MVP incluyen atención de emergencia, de urgencia y primaria, así como salud mental y psiquiatría. Todos desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. Acceda a herramientas, apoyo y recursos que necesita en mvphealthcare.com o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número de teléfono que aparece al dorso de su Tarjeta de ID de afiliado de MVP. Los servicios de telemedicina de MVP Health Care son proporcionados por Amwell, UCM Digital Health y Physera. La fisioterapia virtual a través de Physera está disponible solo en planes para grupos numerosos. Es posible que se apliquen restricciones reglamentarias.

Este resumen del plan tiene como fin proporcionar una descripción general de la cobertura. En caso de conflicto entre este documento y su Certificado de Cobertura (COC), el Programa, y cualquier Cláusula adicional aplicable, su COC, Programa y Cláusula adicional prevalecerán. Para obtener información sobre el 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.