

Resumen de Beneficios

MVP Health Plan, Inc.

MVP® Medicare WellSelect® con Parte D (PPO)

MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)

H9615: Plan 010, Plan 018

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por MVP Health Plan desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que 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 los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de Cobertura".

Para inscribirse en los planes **MVP® Medicare WellSelect® con Parte D (PPO)** o **MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio de Hudson Valley incluye los siguientes condados de Nueva York: Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester.

Los planes **MVP® Medicare WellSelect® con Parte D (PPO)** y **MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)** cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que están en nuestra red, pagará menos por sus servicios cubiertos. Sin embargo, si lo desea, puede usar proveedores que no están en nuestra red y pagará más por sus servicios cubiertos.

Y0051_9740_M



Primas y Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.	Usted paga \$44.00	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B. (\$174.90 en 2024). Este monto puede cambiar en el 2025.
Reducción de la prima de la Parte B	Reducción de \$11.80 de la prima mensual que paga a la Administración del Seguro Social	No aplicable	
Deducible	Este plan no tiene un deducible por servicios médicos.	Este plan no tiene un deducible por servicios médicos.	
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$8,500 dentro de la red y \$12,500 dentro/fuera de la red combinados anualmente.	\$7,900 dentro de la red y \$12,000 dentro/fuera de la red combinados anualmente.	Lo máximo que paga por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos para el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro de la red: Usted paga \$435 de copago por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90. Usted paga \$0 de copago por día a partir del día 91. Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.	Dentro de la red: Usted paga \$425 de copago por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90. Usted paga \$0 de copago por día a partir del día 91. Fuera de la red: 40% de coseguro.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de estadía en un hospital para pacientes internados. El copago se aplica a cada nueva estadía en un hospital para pacientes internados. No se aplican los períodos de beneficios de Medicare.

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$400 de copago por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios. Usted paga \$300 de copago por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$350 de copago por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios. Usted paga \$250 de copago por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro.</p>	<p>El copago por cirugías practicadas por médicos también se aplica a la cirugía ambulatoria o en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Visitas médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de cuidado primario • Especialistas (Los servicios pueden requerir autorización) 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por visita al PCP.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$5 de copago por visita al PCP.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$55 de copago por visita al especialista.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visita al especialista.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por visita al PCP.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$5 de copago por visita al PCP.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago por visita al especialista.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visita al especialista.</p>	<p>El costo compartido se aplica a todos los servicios que recibe, incluso cuando recibe varios servicios de un mismo proveedor.</p>

Primas y Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Atención preventiva	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. Hay algunos servicios no cubiertos a un costo de \$0.
Atención de emergencia	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$110 de copago por visita.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$110 de copago por visita.	Si es hospitalizado dentro de las 24 horas, no se aplica el copago. La atención de emergencia se brinda en todo el mundo.
Servicios de urgencia	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$45 de copago por visita.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$30 de copago por visita.	Los servicios de urgencia se proporcionan en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética por imagen [RMI]) • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico y procedimientos 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$60-\$350 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$50-\$300 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$15 de copago.</p>	<p>Se requiere autorización previa para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>El costo compartido se aplica a todos los servicios que recibe, incluso cuando recibe varios servicios de un mismo proveedor.</p>

Primas y Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías para pacientes ambulatorios (Los servicios pueden requerir autorización) 	<p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de diagnóstico para la audición • Exámenes de audición de rutina • Audífonos 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Entre \$699 y \$999 por audífono u obtenga hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p> <p>Fuera de la red: No cubierto</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro de la red \$699-\$999 por audífono o hasta \$600 para el costo de dos audífonos por año.</p> <p>Fuera de la red: No cubierto.</p>	<p>Examen de audición de rutina limitado a uno por año calendario.</p> <p>Los audífonos deben solicitarse a través de TruHearing. Límite de 1 audífono por oído por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <ul style="list-style-type: none"> Asignación para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Kit de cuidado posterior al reemplazo articular por artritis 	<p>Asignación de \$50.00 por trimestre</p> <p>Kit de atención personalizado</p>	<p>Asignación de \$50.00 por trimestre</p> <p>Kit de atención personalizado</p>	<p>La asignación se recibe trimestralmente y se usa para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se transfiere de un trimestre a otro</p> <p>Los afiliados deben tener una autorización previa o haberse sometido a un reemplazo articular dentro del año del plan con un diagnóstico de artritis reumatoide u osteoartritis, puede recibir un kit de cuidado personalizado con artículos como pinza alcanza objetos, calzador, alfombra antideslizante para baño, cordones para zapatos alternativos, cordones diseñados para aquellos con necesidades especiales, calzador de calcetines y esponja de mango largo para ducha a través de nuestro proveedor contratado autorizado.</p>

Primas y Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Servicios dentales preventivos e integrales	<p>Monto de la cobertura del beneficio máximo anual del plan: \$1,250 por año calendario para servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen la asignación son su responsabilidad).</p>	<p>Monto de la cobertura del beneficio máximo anual del plan: \$1,500 por año calendario para servicios preventivos e integrales combinados (los servicios que superen la asignación son su responsabilidad).</p>	<p>La asignación se proporciona en una tarjeta de débito prepaga que se puede utilizar en cualquier proveedor dental. Una vez que se utilice la asignación completa, usted será responsable del 100% del costo de cualquier servicio dental preventivo o integral. Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente año calendario. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
Servicios de la visión <ul style="list-style-type: none"> • Examen ocular de diagnóstico • Examen ocular de rutina • Lentes y accesorios posteriores a la cirugía de cataratas • Asignación para anteojos 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$40 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: asignación para anteojos y accesorios de \$225 por año.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro/Fuera de la red: asignación para anteojos y accesorios de \$225 por año.</p>	<p>El examen ocular de rutina se limita a uno por año calendario.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente internado • Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios/visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (Los servicios pueden requerir autorización) 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$400 de copago por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90. Usted paga \$0 de copago por día a partir del día 91.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$10 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$50 de copago.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$400 de copago por día para los días 1 a 5. Usted paga \$0 de copago por día para los días 6 a 90. Usted paga \$0 de copago por día a partir del día 91.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$10 de copago por visita de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$50 de copago.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF) (Los servicios pueden requerir autorización)</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20. Usted paga \$214 de copago por día para los días 21 a 100.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20. Usted paga \$214 de copago por día para los días 21 a 100.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
Terapia física (Los servicios pueden requerir autorización)	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por visita. Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visita.	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por visita. Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago por visita.	Se aplican límites anuales en dólares a todos los servicios de terapia para pacientes ambulatorios. El límite en dólares 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 y fuera de la red: \$300 de copago por ambulancia terrestre. Dentro y fuera de la red: \$500 de copago por ambulancia aérea.	Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$250 de copago por el servicio de ambulancia terrestre. Dentro/Fuera de la red: Usted paga \$350 de copago por el servicio de ambulancia aérea.	También se pueden cubrir servicios de paramédicos. Estos Servicios Avanzados de Soporte Vital son independientes del traslado en ambulancia y solo se cubren si se dan todas las siguientes condiciones: 1. son proporcionados en un área rural de conformidad con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o el estado; 2. existe un contrato con un servicio de ambulancia voluntario; 3. son médicamente necesarios.
Transporte	Usted paga \$0 de copago. 12 traslados de ida por año para citas médicas.	Usted paga \$0 de copago. 12 viajes de ida por año para citas médicas con proveedores que no sean de VA (capitación de 30 millas, de ida, por viaje) y viajes ilimitados al centro de VA (capitación de 45 millas, de ida, por viaje)	Se debe usar un proveedor aprobado por el plan. (capitación de 30 millas, de ida)

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (Los servicios pueden requerir autorización)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de insulina 	<p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga entre el 0% y el 20% de coseguro y su costo compartido máximo no superará los \$35.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga entre el 0% y el 20% de coseguro y su costo compartido máximo no superará los \$35.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p>	<p>El coseguro que usted paga se basa en el tipo de medicamentos de la Parte B que compra en una farmacia, que le administra un farmacéutico o que le administra su médico. (También puede aplicarse un copago por visita al consultorio). Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada</p>
<p>Cuidado de los pies (servicios de podología)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y tratamiento de los pies • Cuidado de los pies de rutina (Los servicios pueden requerir autorización) • Cuidado de los pies de rutina (continuación) 	<p>Dentro de la red: Usted paga \$55 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$50 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$60 de copago.</p>	<p>Exámenes y tratamiento de los pies de rutina solo si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con ciertas condiciones.</p>

Primas y Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Suministros y equipos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos, prótesis ortopédicas) • Suministros para la diabetes (Los servicios pueden requerir autorización) • Manguito de presión arterial 	<p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga del 0% al 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por un suministro para 30 días de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de marca Freestyle, OneTouch, Precision y Prodigy; usted paga \$0 de copago por un suministro para 30 días de tiras reactivas no preferidas con autorización previa.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Un manguito de presión arterial básico por año sin costo.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga del 0% al 20% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por un suministro para 30 días de tiras reactivas de glucosa en sangre y glucómetros de marca Freestyle, OneTouch, Precision y Prodigy; usted paga \$0 de copago por un suministro para 30 días de tiras reactivas no preferidas con autorización previa.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro.</p> <p>Un manguito de presión arterial básico por año sin</p>	<p>Debe tener diagnósticos de hipertensión. Se cubrirá un manguito de presión arterial básico aprobado de nuestro proveedor contratado por año.</p>

Primas y Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño 	<p>Asignación de \$250 por año en total para artículos seleccionados de nuestro proveedor contratado.</p>	<p>costo.</p> <p>Asignación de \$250 por año en total para artículos seleccionados de nuestro proveedor contratado.</p>	<p>Debe tener diagnósticos relacionados con un accidente cerebrovascular. Artículos de seguridad para el baño en una lista seleccionada de nuestro proveedor contratado que incluyen, entre otros, asientos de ducha, asientos elevados de inodoro, asientos de bañera y barras de apoyo. Solo se cubrirán los artículos aprobados a través de nuestro proveedor contratado aprobado.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>14 comidas después del alta de un hospital para pacientes internados</p>	<p>14 comidas después del alta hospitalaria.</p>	<p>Las comidas posteriores a la hospitalización están cubiertas a través de un proveedor contratado y organizadas a través del Programa de Manejo de la Atención. Beneficio de 14 comidas durante 7 días. Sin límite en la cantidad de veces que se puede acceder al beneficio en un año calendario, siempre y cuando esté precedido de una hospitalización.</p>

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>a partir de 2025;</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen tres etapas de pago de medicamentos: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. La Etapa de período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D. El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos de su bolsillo. El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). 			<p>Para obtener información específica sobre sus costos, consulte el Capítulo 6 en su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Beneficios	MVP® Medicare WellSelect® con Parte D		MVP Medicare Patriot Plan® con Parte D (PPO)		Lo que debe saber
	Farmacia minorista: suministro de 30 días	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días, excepto el Nivel 1, que es un suministro de 100 días	Farmacia minorista: suministro de 30 días	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días, excepto el Nivel 1, que es un suministro de 100 días	Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.
Deducible	Deducible de \$500. Los medicamentos de los Niveles 1 y 2 y los medicamentos de insulina cubiertos por el Plan no están sujetos al deducible.		Deducible de \$350. Los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 y los medicamentos de insulina seleccionados no están sujetos al deducible		
Cobertura inicial Nivel 1: Genéricos preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De marca preferida Nivel 4: De marca no preferida Nivel 5: De especialidad Insulina cubierta por el plan	Usted paga \$0. Usted paga \$15. Usted paga \$47. Usted paga el 25%. Usted paga el 26%. Usted paga hasta \$35.	Usted paga \$0. Usted paga \$30. Usted paga \$94. Usted paga el 25%. No disponible. Usted paga hasta \$70.	Usted paga \$0. Usted paga \$15. Usted paga \$47. Usted paga el 26%. Usted paga el 28%. Usted paga hasta \$35.	Usted paga \$0. Usted paga \$30. Usted paga \$94. Usted paga el 26%. No disponible. Usted paga hasta \$70.	Usted paga este monto por cada receta hasta que sus costos anuales de medicamentos alcancen los \$2,000. Si reside en un centro de atención a largo plazo, solo hay disponible un suministro de 31 días y usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Beneficios	MVP [®] Medicare WellSelect [®] con Parte D	MVP Medicare Patriot Plan [®] con Parte D (PPO)	Lo que debe saber
<p>Cobertura en situación catastrófica Niveles 1 a 5: Usted paga \$0 de copago por todos los niveles de medicamentos</p>			<p>Usted paga este monto después de que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$2,000.</p>

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de "Medicare y Usted". Puede verlo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtener 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 visite nuestro sitio web, **mvphealthcare.com.com**.

Número gratuito: **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 am a 8 pm, hora del este.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este.

Puede consultar el directorio de proveedores del plan en **mvphealthcare.com**

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

Puede consultar el Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones que hubiere en **mvphealthcare.com/partD**

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen obligación de tratar a los afiliados de MVP Health Plan, excepto en 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. Los servicios de atención virtual de MVP a través de Gia están disponibles sin costo compartido para la mayoría de los afiliados. Las consultas presenciales y los referidos pueden estar sujetos a un costo compartido según el plan.

MVP Health Care cumple con las leyes federales sobre derechos civiles vigentes 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)。