

MVP BENEFICIOS

Sujeto a las disposiciones del plan, limitaciones y exclusiones; están cubiertos los siguientes beneficios cuando se mantenga dentro de la red

MVP Beneficios		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Annual Maximum / Lifetime Maximum Benefit	Ilimitado	No Cubierto
Deductible (per covered person) Up to a maximum of \$11,000 per Family	\$5,500	No Cubierto
Out of Pocket Maximum	\$6,550 Individual \$13,100 Familia	No Cubierto

MVP Summary of Benefits		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios preventivos/Screenings/ inmunizaciones (Incluye todos los servicios de el MEC Plan) <i>Ver el Apéndice para beneficios de cuidado preventivo necesario por el gobierno federal para obtener información adicional.</i>	Cubierto 100% Sin deducible	No Cubierto
Visitas de Urgencia	Cubierto 60%*	No Cubierto
Visitas de atención primaria	Cubierto 60%*	No Cubierto
Visitas de atención especializada	Cubierto 60%*	No Cubierto
No preventivas visitas del bebe	Cubierto 60%*	No Cubierto
Laboratorio y servicios profesionales	Cubierto 60%*	No Cubierto
Rayos X y Imagenes Diagnósticas	Cubierto 60%*	No Cubierto
Servicios de Emergencia	Cubierto 60%*	No Cubierto
Servicios de hospitalización	Cubierto 60%*	No Cubierto
Salud conductual y Abuso de Sustancias	Cubierto 60%*	No Cubierto
Imágenes avanzadas (PT/PET Scans/MRIs)	No Cubierto	No Cubierto
Terapia de Lenguaje de rehabilitación	No Cubierto	No Cubierto
Rehabilitación ocupacional y Rehabilitación de terapia física	No Cubierto	No Cubierto
Centro de enfermería especializada	No Cubierto	No Cubierto
Equipo médico durable	No Cubierto	No Cubierto
Cuota de centros para pacientes externos (e.g., Centro de Cirugía Ambulatoria)	Cubierto 60%*	No Cubierto

* Sujeto al deducible. El deducible debe ser pagado por la persona cubierta antes de que los beneficios son pagados por el plan