



# Resumen de beneficios

2023

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)  
Condados de Kent, New Castle y  
Sussex, DE

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicítenos la *Evidencia de cobertura* (EOC) o visítenos en <https://amerihealthcaritasvipcare.com/de>.

### Números de teléfono y sitio web de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP):

- Si usted es miembro de este plan, llame sin cargo al **1-833-433-3767 (TTY 711)** del 1 de octubre al 31 de marzo de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- Si no es miembro de este plan, llame sin cargo al **1-800-803-8931 (TTY 711)** del 1 de octubre al 31 de marzo de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- Visite nuestro sitio web en <https://amerihealthcaritasvipcare.com/de>.

### ¿Quién puede inscribirse en AmeriHealth Caritas VIP Care?

Para inscribirse en AmeriHealth Caritas VIP Care, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y estar inscrito en el programa de Asistencia Médica de Delaware. Usted debe cumplir con los requisitos para Asistencia Médica en una de las siguientes categorías de ayuda:

- Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+).
- Programa de Beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados Plus (SLMB+).
- Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE).

Usted debe vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Delaware: **Kent, New Castle, Sussex**.

Si es un miembro potencial y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al **1-800-803-8931 (TTY 711)**.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

- AmeriHealth Caritas VIP Care cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.
- Por lo general, usted debe usar farmacias de la red para surtir recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Puede ver nuestros directorios de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio de Internet, <https://amerihealthcaritasvipcare.com/de>.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los Directorios de proveedores y farmacias.

Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios cubiertos si acude a un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red. Los proveedores fuera de la red/no contratados no se encuentran bajo ninguna obligación de tratar a los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Miembro o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, que incluye el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

### ¿Qué cubrimos?

- Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare... y más.
  - Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
  - Además, obtienen más de lo que se encuentra cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.
- Cubrimos medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos medicamentos de la Parte B como quimioterapia y algunos medicamentos que administra su proveedor.
  - Puede ver el listado completo del plan (lista de medicamentos bajo receta de la Parte D) y cualquier restricción pertinente en nuestro sitio web, <https://amerihealthcaritasvipcare.com/de>.
  - También puede llamarnos y le enviaremos una copia del listado.

### ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

- Nuestro plan agrupa a cada medicamento en uno de dos niveles. Usted deberá usar nuestro listado de medicamentos para ver en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que deba pagar depende del nivel en que se encuentra el medicamento y de la etapa del beneficio a la que usted haya llegado.
- Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (Ayuda Extra), seguramente reciba otro folleto por separado llamado Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula LIS, que le explicará los costos de sus medicamentos.

# Resumen de beneficios

1 DE ENERO DE 2023 – 31 DE DICIEMBRE DE 2023

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar en función de su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o del nivel de Ayuda Adicional que reciba	
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.  (Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero.)
Deducible	Este plan no tiene un deducible.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	En este plan, es posible que usted no pague nada para recibir servicios cubiertos por Medicare en base a su nivel de elegibilidad para Medicaid.  Sus límites anuales en este plan: \$8,300 para servicios recibidos por parte de proveedores de la red.  Si usted alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos la totalidad del costo por el resto del año.  Tenga en cuenta que igual deberá pagar su parte de los costos para obtener los medicamentos bajo receta de la Parte D.
Cobertura de hospitalización	\$0 de copago por admisión <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura de atención en hospital para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 Incluye servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión <i>No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización.</i>
Centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa.</i>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
<b>Visitas al médico</b> <b>(Proveedores de atención primaria y especialistas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visita al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago por visita.</li> <li>● Visitas de rutina: \$0 de copago por visita.</li> <li>● Atención médica de especialista: \$0 de copago por visita.</li> </ul>
<b>Atención médica preventiva</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan cubre varios servicios de atención preventiva, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Examen para la detección del aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>● Asesoramiento por abuso de alcohol.</li> <li>● Densitometría ósea.</li> <li>● Examen para la detección del cáncer de seno (mamografía).</li> <li>● Enfermedad cardiovascular (terapia conductual).</li> <li>● Exámenes cardiovasculares.</li> <li>● Examen para la detección del cáncer cervical y vaginal.</li> <li>● Exámenes para la detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible).</li> <li>● Exámenes para la detección de la depresión.</li> <li>● Exámenes para la detección de la diabetes.</li> <li>● Capacitación para el automanejo de la diabetes.</li> <li>● Servicios y suministros para el tratamiento de la diabetes.</li> <li>● Programas educativos sobre la salud y el bienestar.</li> <li>● Prueba de VIH.</li> <li>● Exámenes para la detección del cáncer de pulmón.</li> <li>● Terapia nutricional médica.</li> <li>● Programa para la Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP).</li> <li>● Exámenes médicos y asesoramiento para personas con obesidad.</li> <li>● Exámenes para la detección del cáncer de próstata (PSA).</li> <li>● Exámenes para la detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento.</li> <li>● Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuatro visitas adicionales presenciales al PCP por año para dejar de fumar y usar tabaco.</li> </ul> </li> <li>● Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, hepatitis B, neumococo.</li> <li>● Cuidado de la vista.</li> <li>● Visita preventiva de Bienvenida a Medicare (una sola vez).</li> <li>● Examen físico anual de rutina de la visita.</li> </ul> <p>Estarán cubiertos todos los servicios de atención médica preventiva adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
<b>Atención médica de emergencia</b>	Copago de \$0  La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es la misma que para dichos servicios dentro de la red.
<b>Servicios de atención médica de urgencia</b>	Copago de \$0  Incluyen los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata.  La participación en los costos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que los servicios que se brindan dentro de la red.
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b>  (incluye las pruebas y procedimientos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, diagnóstico por radiología y radiografías)	Copago de \$0  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pruebas y procedimientos de diagnóstico.</li> <li>● Pruebas de laboratorio.</li> <li>● Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía computarizada [CT] y tomografía por emisión de positrones [PET])</li> <li>● Radiografías para pacientes ambulatorios.</li> </ul> <p><i>Puede necesitarse autorización previa.</i></p>
<b>Servicios para la audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● \$0 de copago por hasta un examen de la audición de rutina cada año.</li> <li>● \$0 de copago por hasta tres ajustes de audífono cada tres años.</li> <li>● \$0 de copago por 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años.</li> <li>● \$1,500 de asignación para audífonos cada tres años (límite de un audífono por oído).</li> </ul> <p>Cada compra de audífonos de la marca TruHearing incluye un año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación y los ajustes. Estas visitas están disponibles durante los 12 meses siguientes a la compra de un audífono de la marca TruHearing y únicamente con la compra de un audífono de la marca TruHearing.</p>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Servicios odontológicos	<p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <p><b>Preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes bucales: uno cada seis meses: \$0 de copago.</li> <li>● Limpieza: una cada seis meses: \$0 de copago.</li> <li>● Tratamiento con flúor: uno cada seis meses: \$0 de copago.</li> <li>● Radiografías dentales: cuatro por año: \$0 de copago.</li> </ul> <p>Sin límite de cobertura del plan para beneficios dentales preventivos anuales.</p> <p><b>Integrales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Restauraciones menores (empastes).</li> <li>● Extracciones simples y quirúrgicas.</li> <li>● Dentaduras postizas, reparación y alineación de dentaduras postizas.</li> <li>● Cirugía bucal.</li> <li>● Periodoncia/endodoncia.</li> <li>● Coronas.</li> <li>● Mini implantes.</li> </ul> <p>\$3,000 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales cada año.</p> <p><i>En algunos servicios odontológicos integrales pueden aplicarse autorización previa y límites.</i></p>
Servicios para la vista	<ul style="list-style-type: none"> <li>● \$0 de copago para el diagnóstico y el tratamiento cubiertos por Medicare de enfermedades y afecciones del ojo.</li> <li>● \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina cada año.</li> <li>● Hasta \$350 cada año para un conjunto de anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto.</li> </ul>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Servicios de salud mental	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Visita a pacientes hospitalizados.</li> <li>● Visita ambulatoria a terapia de grupo.</li> <li>● Visita ambulatoria a terapia individual.</li> </ul>
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	<p>Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Fisioterapia	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Ambulancia	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p>
Transporte	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Viajes ilimitados cada año hasta ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital).</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa para traslados que excedan las 50 millas de ida. Se aplican otras normas de autorización previa y de programación.</i></p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicamentos de quimioterapia.</li> <li>● Otros medicamentos de la Parte B.</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>



<b>Medicamentos bajo receta de la Parte D</b>	
<b>Participación estándar en los costos en farmacias minoristas</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes (30 días), suministro de dos meses (60 días) y suministro de 100 días</b> (Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, tiene \$0 de copago para todos los niveles.)
Nivel 1 (genérico)	usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica.
Nivel 2 (genérico y de marca)	usted paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica.
<b>Medicamentos bajo receta de la Parte D</b>	
<b>Participación estándar en los costos de pedidos por correo</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Suministro de 100 días</b> (Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, tiene \$0 de copago para todos los niveles.)
Nivel 1 (genérico)	usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica.
Nivel 2 (genérico y de marca)	usted paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica.
<b>Etapas de cobertura catastrófica</b>	Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$7,400 en gastos de bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica. No debe pagar nada.

El costo compartido puede cambiar según el nivel de ayuda que reciba y la farmacia que elija (como minorista estándar, pedido por correo, cuidado a largo plazo o infusión a domicilio).

Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, de la infusión a domicilio o de los costos compartidos específicos adicionales de farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra EOC en línea.

LIS (Subsidio por Bajos Ingresos) es una ayuda adicional que usted recibe de Medicare. Para saber si cumple con los requisitos, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (TTY 711).

Beneficios adicionales cubiertos por el plan	
AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)	
Acupuntura	<p>Copago de \$0</p> <p>El plan cubre la acupuntura para el dolor lumbar crónico en un número específico de visitas cuando sea razonable y necesario para el tratamiento del dolor lumbar crónico.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para el beneficio de acupuntura cubierto por Medicare.</i></p>
Cuidado quiropráctico	<p>Copago de \$0</p> <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se salen de su posición).</p>
Equipos/suministros médicos	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (por ej., sillas de ruedas y oxígeno).</li> <li>• Prótesis (por ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias).</li> </ul> <p><i>Puede necesitarse autorización previa.</i></p>
Cuidado médico domiciliario	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistente para la salud en el hogar (Para que los servicios de enfermería especializada y de asistente para la salud en el hogar estén cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, el tiempo total combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos e insumos médicos</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

## Beneficios adicionales cubiertos por el plan

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Beneficio de comidas posteriores al alta	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas semanales durante cuatro semanas para los miembros calificados convalecientes en sus hogares luego de recibir el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados.</li> </ul> <p><i>Se requiere referencia médica.</i></p>
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas.</li> <li>● Terapia individual y grupal.</li> <li>● Pruebas toxicológicas.</li> </ul>
Rehabilitación ambulatoria	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón).</li> <li>● Visita de terapia ocupacional.</li> <li>● Visita de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje.</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Telemedicina	<p>Copago de \$0</p> <p>MDLIVE ofrece a todos los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días a la semana durante todo el año a un médico de la red a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros pueden realizar inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden programar una consulta mediante telemedicina para más adelante.</p>
Visitas adicionales para dejar de fumar y usar tabaco	<p>Copago de \$0</p> <p>Cuatro visitas adicionales personalizadas al PCP por año para dejar de fumar y usar tabaco. Esto se suma a las ocho visitas cubiertas por Medicare, con un total de 12 visitas en un período de 12 meses.</p>

Beneficios adicionales cubiertos por el plan	
Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Beneficio de gimnasio	<p>Copago de \$0</p> <p>SilverSneakers® es un beneficio de la salud física sin cargo que incluye acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers®.</p>
Línea de enfermería 24/7	<p>Copago de \$0</p> <p>La Línea de enfermería es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado.</p>
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Copago de \$0</p> <p>Asignación de hasta \$275 por trimestre para la adquisición de artículos OTC. Los miembros pueden pedir hasta 6 productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos pedidos. El dinero que no se gasta en un trimestre no se acumula para el próximo trimestre.</p> <p>Visite nuestro sitio web para ver la lista de artículos de venta libre cubiertos.</p>
Servicios de podología	<p>Copago de \$0</p> <p>Seis visitas de cuidado de los pies de rutina por año.</p>
Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo	<p>Copago de \$0</p> <p>Cantidad máxima anual de beneficios del plan de \$50,000 para cobertura de emergencia en todo el mundo, cobertura de urgencia en todo el mundo y servicios de transporte en todo el mundo.</p>

## Para más información, comuníquese de las siguientes maneras:

AmeriHealth Caritas VIP Care  
220 Continental Drive, Suite 300  
Newark, DE 19713

Los miembros actuales deben llamar al: **1-833-433-3767 (TTY 711)**

Los miembros potenciales deben llamar al: **1-800-803-8931 (TTY 711)**

Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de *Medicare y usted*. Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-833-433-3767 (TTY 711)** en el horario mencionado anteriormente para obtener más información.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Delaware. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.