



AmeriHealth Caritas[™]

VIP Care[®]

Resumen de beneficios **2025**



Florida

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 www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

¿Quién puede inscribirse en AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)?

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 Florida. Usted debe cumplir con los requisitos para asistencia de Medicaid 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 Florida: **Palm Beach, Broward y Miami-Dade.**

Si es un miembro potencial y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al **1-800-858-1487 (TTY 711)**.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

- AmeriHealth Caritas VIP Care cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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.
- 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 web, www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los Directorios de proveedores y farmacias.

¿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, www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl.
 - También puede llamarnos y le enviaremos una copia del listado.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

- Nuestro plan agrupa todos los medicamentos en un nivel. El coste de todos los medicamentos tiene un **copago de \$0 por receta**.

Prima, deducible y responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (MOOP) del plan



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	<p>Usted paga \$0</p> <p>(Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero.)</p>
Deducible	<p>Este plan no tiene un deducible.</p>
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	<p>En este plan, es posible que usted no pague nada para recibir servicios cubiertos por Medicare dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Sus límites anuales en este plan: \$9,350 para servicios recibidos por parte de proveedores de la red.</p> <p>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.</p>

Beneficios médicos y de hospitalización cubiertos



Cobertura de hospitalización

Cobertura de hospitalización	<p>Copago de \$0 por admisión</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Cobertura de atención en hospital para pacientes ambulatorios	<p>Copago de \$0</p> <p>Incluye servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p><i>No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización.</i></p>
Centro de cirugía ambulatoria	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>



Visitas al médico

Visitas al médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago por visita • Visita anual de rutina: \$0 de copago por visita • Atención médica de especialista: \$0 de copago por visita
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Preventivo

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto.

Atención médica preventiva	Copago de \$0
	<ul style="list-style-type: none"> • Examen para la detección del aneurisma aórtico abdominal. • Asesoramiento por abuso de alcohol. • Densitometría ósea. • Examen para la detección del cáncer de seno (mamografía). • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual). • Exámenes cardiovasculares. • Examen para la detección del cáncer cervical y vaginal. • Exámenes para la detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible). • Exámenes para la detección de la depresión. • Exámenes para la detección de la diabetes. • Capacitación para el automanejo de la diabetes. • Servicios y suministros para el tratamiento de la diabetes. • Programas educativos sobre la salud y el bienestar. • Prueba de detección del VIH. • Prueba de detección de cáncer de pulmón. • Terapia nutricional médica. • Programa para la Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP). • Exámenes médicos y asesoramiento para personas con obesidad. • Exámenes para la detección del cáncer de próstata (PSA). • Exámenes para la detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento. • Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco): -Cuatro visitas adicionales personalizadas al PCP por año para dejar de fumar y usar tabaco. • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, hepatitis B, neumococo, COVID-19. • Cuidado de la vista. • Visita preventiva de Bienvenida a Medicare (una sola vez).



Emergencias y atención médica de urgencia

<p>Atención médica de emergencia</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>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.</p>
<p>Servicios de atención médica de urgencia</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Incluyen los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <p>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.</p>



Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (incluye las pruebas y procedimientos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, diagnóstico por radiología y radiografías)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico. • Pruebas de laboratorio. • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía computarizada [CT] y tomografía por emisión de positrones [PET]) • Radiografías para pacientes ambulatorios. <p><i>Puede necesitarse autorización previa.</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Servicios para la audición

<p>Servicios para la audición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por hasta un examen de la audición de rutina cada año. • Copago de \$0 por hasta tres adaptaciones de audífono cada tres años. • Copago de \$0 por 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años. • \$2,000 de asignación para audífonos cada año (límite de un audífono por oído). <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>
-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Servicios dentales

<p>Servicios odontológicos</p>	<p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <p>Preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: uno cada seis meses: Copago de \$0 • Limpieza: una cada seis meses: Copago de \$0 • Tratamiento con flúor: uno cada seis meses: Copago de \$0 • Radiografías dentales: cuatro por año: Copago de \$0
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Servicios odontológicos (continuación)</p>	<p>Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones menores (empastes). • Extracciones simples y quirúrgicas. • Dentaduras postizas (1 por arcada cada 5 años). • Reparación y alineación de dentaduras postizas. • Cirugía bucal. • Periodoncia/endodoncia. • Coronas. • Mini implantes. <p>Sin límite de cobertura del plan para beneficios dentales integrales cada año.</p> <p><i>En algunos servicios odontológicos integrales pueden aplicarse autorización previa y límites.</i></p>
---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Servicios para la vista

<p>Servicios para la vista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para el diagnóstico y el tratamiento cubiertos por Medicare de enfermedades y afecciones del ojo. • Copago de \$0 por hasta un examen de la vista de rutina cada año. • Hasta \$400 cada año para anteojos o lentes de contacto.
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	Copago de \$0 <ul style="list-style-type: none"> • Visita a pacientes hospitalizados. • Visita ambulatoria a terapia de grupo. • Visita ambulatoria a terapia individual.
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Establecimiento de enfermería especializada (SNF) y terapia

Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por ingreso. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Fisioterapia	Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa.</i>



Ambulancia y transporte de emergencia

Ambulancia	Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i>
Transporte	Copago de \$0 <ul style="list-style-type: none"> • Viajes ilimitados (en un solo sentido, no ida y vuelta) cada año hasta ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital). <i>Se requiere autorización previa para traslados que excedan las 50 millas de ida. Se aplican normas de autorización previa y de programación.</i>



Medicamentos de la Parte B de Medicare

<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia. • Otros medicamentos de la Parte B. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Medicamentos bajo receta de la Parte D



AmeriHealth Caritas VIP Care cubre un amplio espectro de medicamentos bajo receta. Pueden incluir los medicamentos que usted toma cada día para mejorar su salud y bienestar.

<p>Etapa de deducible anual</p>	<p>No deducible para medicamentos cubiertos de la Parte D</p>
<p>Etapa de cobertura inicial</p>	<p>- Copago de \$0 por receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D</p> <p>- Puede obtener un suministro de un mes (30 días), suministro de dos meses (60 días) y suministro de 100 días en una farmacia minorista y un suministro de medicamentos de 61 a 100 días usando prescripción de medicamentos por correo.</p>
<p>Etapa de cobertura catastrófica</p>	<p>Copago de \$0 por prescripción</p>

Para averiguar qué farmacias están disponibles en su red, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl

Beneficios adicionales cubiertos por el plan



<p>Acupuntura</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Hasta un total combinado de 20 visitas de médicamente necesarias de rutina al quiropráctico y de acupuntura (no Medicare) por año.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para el beneficio de acupuntura cubierto por Medicare.</i></p>
<p>Visitas adicionales para dejar de fumar y usar tabaco</p>	<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>
<p>Cuidado quiropráctico</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Hasta un total combinado de 20 visitas de médicamente necesarias de rutina al quiropráctico y de acupuntura (no Medicare) por año.</p>
<p>Beneficio de gimnasio</p>	<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® de la red.</p>



Beneficios adicionales cubiertos por el plan (continuación)...

<p>Cuidado médico domiciliario</p>	<p>Copago de \$0 Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos e insumos médicos <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Beneficio de comidas posteriores al alta</p>	<p>Copago de \$0 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. Hasta cuatro veces al año. <i>Se requiere una referencia médica.</i></p>
<p>Equipos/suministros médicos</p>	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ej., sillas de ruedas y oxígeno). • Prótesis (por ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias). <p><i>Puede necesitarse autorización previa.</i></p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides</p>	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.



Beneficios adicionales cubiertos por el plan (continuación)...

<p>Rehabilitación ambulatoria</p>	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón). • Visita de terapia ocupacional. • Visita de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>\$225 por mes que podrá, gastarse en los artículos de venta libre (OTC) incluidos en el catálogo de artículos de venta libre (OTC), en el portal de pedidos en línea y/o en artículos que cumplan los requisitos en ubicaciones minoristas participantes mediante una tarjeta de débito de gasto restringido. Los miembros que cumplan los requisitos en base a su situación socioeconómica (LIS) pueden usar \$225 de la asignación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en ubicaciones minoristas participantes y/o en pedidos por correo de FarmBox (pueden aplicarse límites en artículos) y/o en servicios de alquiler y servicios públicos (incluido Internet) que cumplan los requisitos, control de plagas y/o artículos para mascotas.</p> <p>No hay límite en el número total de artículos o pedidos que un miembro puede comprar. Cualquier balance no utilizado vencerá automáticamente al final de cada mes o cuando abandone el plan.</p>
<p>Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>El Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS) es un sistema de supervisión de alerta médica que proporciona acceso 24/7 a ayuda con solo pulsar un botón. Ofrecemos múltiples servicios, incluido un dispositivo pizable conectado al móvil. Un dispositivo al año.</p>



Beneficios adicionales cubiertos por el plan (continuación)

<p>Servicios de podología</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>12 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.</p>
<p>Telemedicina</p>	<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>
<p>Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Cantidad máxima anual combinada 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>
<p>Línea de enfermería 24/7</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>La Línea de enfermería 24/7 es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para proporcionar a los miembros un medio para responder consultas relacionadas con la salud y que obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado.</p>

Para obtener más información, contacte a:

AmeriHealth Caritas VIP Care
11631 Kew Gardens Ave, Suite 200
Palm Beach Garden, FL 33410

- **¿Aún no es miembro?**
Llámenos al 1-800-858-1487 (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.
- **¿Ya es miembro?**
Llámenos al 1-833-535-3767 (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.
- Visite nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

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 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 1-833-535-3767 (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 Florida. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como impresión en letra grande, braille o audio. Llame al 1-833-535-3767 (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. La llamada es gratuita.



www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.