

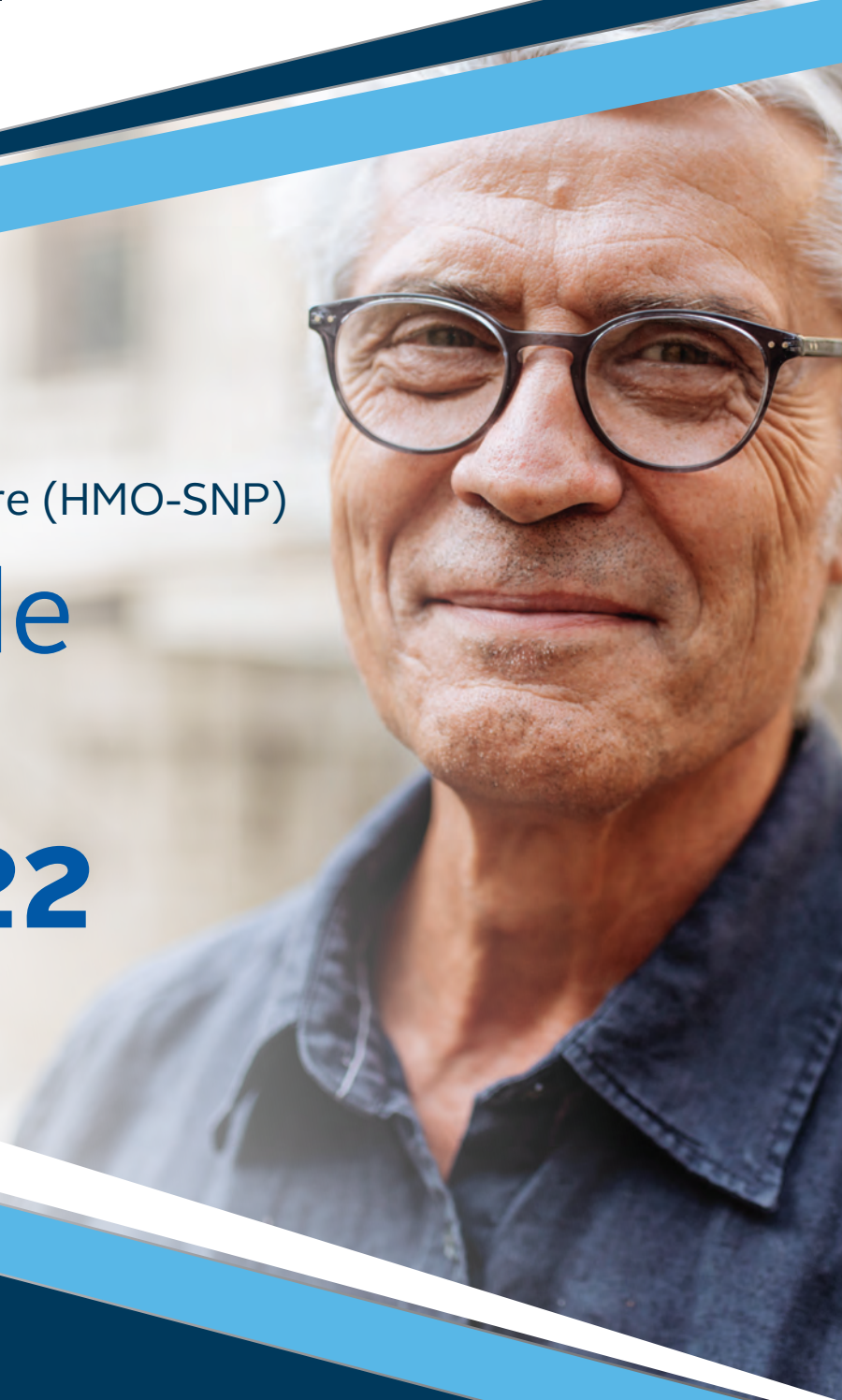


AmeriHealth Caritas™

VIP Care®

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)

Resumen de beneficios para el **2022**



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.

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

- Si usted es miembro de este plan, llame sin cargo al 1-866-533-5490 (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 1-855-241-3648 (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.

Secciones de este folleto:

- Cosas que debe saber sobre AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Beneficios adicionales del plan que AmeriHealth Caritas VIP Care cubre.
- Prima mensual, deducible y límites a lo que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios de Asistencia Médica (Medicaid).
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Servicios en el hogar y en la comunidad.
- Beneficios de medicamentos bajo receta.

¿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 Pennsylvania. Usted debe cumplir con los requisitos para Asistencia Médica en una de las siguientes categorías de ayuda:

- Beneficiario calificado de Medicare Plus (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 Pennsylvania: **Adams, Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Clarion, Clearfield, Clinton, Columbia, Crawford, Cumberland, Dauphin, Elk, Erie, Fayette, Forest, Franklin, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mercer, Mifflin, Monroe, Montour, Northampton, Northumberland, Perry, Pike, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, Wyoming y York.**

Si es un miembro potencial y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al

1-855-241-3648 (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, **www.amerihealthcaritasvipcare.com**.
- 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, **www.amerihealthcaritasvipcare.com**.
 - 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 2022 – 31 de diciembre de 2022

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
<p>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</p>	
<p>Prima mensual del plan</p>	<p>Usted paga \$0. (Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero.)</p>
<p>Deducible</p>	<p>Este plan no tiene un deducible.</p>
<p>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</p>	<p>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.</p> <p>Sus límites anuales en este plan: \$3,400 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> <p>Tenga en cuenta que igual deberá pagar su parte de los costos para obtener los medicamentos bajo receta de la Parte D.</p>
<p>Cobertura de hospitalización</p>	<p>\$0 de copago por admisión <i>Se requiere autorización previa</i></p>
<p>Cobertura de atención en hospital para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0 de copago 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></p>
<p>Visitas al médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago por visita. • Visitas de rutina: \$0 de copago por visita. • Atención médica de especialista: \$0 de copago por visita.

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Atención médica preventiva	<p>\$0 de copago</p> <p>Nuestro plan cubre varios servicios de atención preventiva, entre ellos:</p> <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. • Prueba de VIH. • Exámenes para la detección del cáncer de pulmón. • Terapia nutricional médica. • Programa para la Prevención de la diabetes de Medicare (en inglés, 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): <ul style="list-style-type: none"> – Cuatro visitas adicionales personalizadas al PCP por año para dejar de fumar cigarrillos y otros productos de tabaco. • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, hepatitis B, neumococo. • Cuidado de la vista. • Visita preventiva de Bienvenido a Medicare (única vez). • Visitas de rutina anuales. <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)
Atención médica de emergencia	<p>\$0 de copago</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>Nuestro plan no ofrece cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p>
Servicios de atención médica de urgencia	<p>\$0 de copago</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. Nuestro plan no ofrece cobertura para la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p>
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (incluye las pruebas y procedimientos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, diagnóstico por radiología, radiología terapéutica y radiografías)	<p>\$0 de copago</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>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Servicios para la audición	<ul style="list-style-type: none"> ● \$0 de copago por hasta un examen de la audición de rutina cada año. ● \$0 de copago por hasta tres ajustes/evaluaciones de audífonos cada tres años. ● \$0 de copago por 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años. ● \$1,500 de asignación para audífonos no implantables cada tres años (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 odontológicos	<p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <p>Preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales – uno cada seis meses: \$0 de copago. ● Limpieza – una cada seis meses: \$0 de copago. ● Tratamiento con flúor – uno cada seis meses: \$0 de copago. ● Radiografías dentales – cuatro cada año: \$0 de copago. <p>\$1,000 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos preventivos cada año.</p> <p>Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Restauraciones menores (empastes). ● Extracciones simples y quirúrgicas. ● Dentaduras postizas, 1 cada 5 años. Reparación y alineación de dentaduras postizas. ● Cirugía bucal. ● Periodoncia/endodoncia. ● Coronas. ● Mini implantes. <p>\$3,000 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales complementarios cada año.</p> <p><i>En algunos servicios odontológicos integrales se aplica la autorización previa y los límites.</i></p>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Servicios para la vista	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para el diagnóstico y el tratamiento cubiertos por Medicare de enfermedades y afecciones del ojo. • \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina cada año. • Hasta \$350 cada año a cuenta de anteojos o lentes de contacto.
Servicios para la salud mental	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita a pacientes hospitalizados. • Visita ambulatoria a terapia de grupo. • Visita ambulatoria a terapia individual. <p><i>Los servicios de hospitalización parcial requieren autorización previa.</i></p>
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	<p>\$0 de copago</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficio.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Fisioterapia	\$0 de copago <i>Se requiere autorización previa</i>
Ambulancia	\$0 de copago <i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i>
Transporte	\$0 de copago 100 viajes de ida por año hasta ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital). <i>Se requiere autorización previa para viajes que exceden las 50 millas de ida. Corresponden otras normas de autorización previa y de programación.</i>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0 de copago <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia. • Otros medicamentos de la Parte B. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Centro de cirugía ambulatoria	\$0 de copago <i>Se requiere autorización previa.</i>

Medicamentos bajo receta de la Parte D
Participación estándar en los costos en farmacias minoristas

Nivel	Suministro para un mes, suministro para dos meses y suministro para tres meses (Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, tiene \$0 de copago para todos los niveles.)
Nivel 1 (genérico)	\$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica
Nivel 2 (genérico y de marca)	\$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica

Medicamentos bajo receta de la Parte D
Participación estándar en los costos de pedidos por correo

Nivel	Suministro de tres meses (Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, tiene \$0 de copago para todos los niveles.)
Nivel 1 (genérico)	\$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica
Nivel 2 (genérico y de marca)	\$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica
Etapas de cobertura catastrófica	Si usted reside en un centro de atención de largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de venta al por menor. Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$7,050 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, 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 de la farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra EOC en línea.

LIS es una ayuda adicional que 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 o llame a Servicios al Miembro al 1-866-533-5490 (TTY: 711).

Beneficios adicionales cubiertos por el plan	
Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Acupuntura	<p>\$0 de copago</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>\$0 de copago</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>\$0 de copago</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>
Cuidado médico domiciliario	<p>\$0 de copago</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y de asistencia para el cuidado domiciliario (cubiertos bajo el beneficio de cuidado domiciliario; sus servicios de enfermería especializada y de cuidado domiciliario combinados no deben superar las ocho horas por día y las 35 horas semanales en total). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Beneficios adicionales cubiertos por el plan	
Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Beneficios de comidas	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas semanales durante cuatro semanas para los miembros calificados confinados en sus hogares luego de recibir el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados. • El beneficio de comidas debido a una afección cubre 14 comidas durante 2 semanas por diagnóstico de COVID-19 para los miembros calificados confinados en sus hogares. <p><i>Se requiere referencia médica.</i></p>
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.
Rehabilitación ambulatoria	<p>\$0 de copago</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>
Telemedicina	<p>\$0 de copago</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>

Beneficios adicionales cubiertos por el plan	
Beneficios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
Visitas adicionales para dejar de fumar y usar tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Cuatro visitas adicionales personalizadas al PCP por año para dejar de fumar cigarrillos y otros productos de tabaco. Esto se suma a las ocho visitas cubiertas por Medicare, con un total de 12 visitas en un período de 12 meses.</p>
Beneficio de gimnasio	<p>\$0 de copago</p> <p>SilverSneakers® es un beneficio de la salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers.</p>
Línea de enfermería 24/7	<p>\$0 de copago</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>\$0 de copago</p> <p>Visite nuestro sitio web para ver la lista de artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Asignación de hasta \$300 por trimestre para la adquisición de artículos OTC. Los miembros pueden pedir hasta 6 productos por categoría por trimestre. No hay límite en el número de artículos totales de su pedido. El dinero que no se gasta en un trimestre no se acumula para el próximo trimestre.</p>
Servicios de podología	<p>\$0 de copago</p> <p>6 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.</p>

Beneficios actuales del plan estatal de Medicaid de Pennsylvania y servicios basados en el hogar y en la comunidad	
Paquete de beneficios para adultos*	
Servicios	Paquete de beneficios para adultos
Categoría 1: Servicios ambulatorios	
Proveedor de atención primaria	Sin límites
Servicios médicos y servicios médicos y quirúrgicos provistos por un odontólogo	Sin límites
Enfermero profesional registrado y certificado	Sin límites
Centros de salud federalmente calificados/Clinicas de salud rural	Sin límites excepto para los servicios de atención odontológica descritos anteriormente
Clinica independiente	Sin límites
Clinica para pacientes ambulatorios	Sin límites
Servicios de podología	Sin límites
Servicios quiroprácticos	Sin límites
Servicios de optometrista	2 visitas (exámenes) por año calendario
Atención para enfermos terminales	La limitación clave está relacionada con el cuidado de relevo, que no puede exceder un total de 5 días en un período de certificación de 60 días.
Radiología (p. ej.: radiografías, IRM y TC)	Sin límites
Servicios de atención odontológica	<p>Diagnósticos, atención preventiva y rehabilitación, procedimiento quirúrgico dental, prostodoncia y sedación.</p> <p>Limitaciones clave:</p> <p>Dentaduras: 1 de arco superior (completa o parcial) y 1 de arco inferior (completa o parcial) por única vez en la vida.</p> <p>Recubrimientos de prótesis dentales: completos o parciales, limitados a 1 arco cada 2 años calendario.</p> <p>Exámenes bucales: 1 cada 180 días</p> <p>Profilaxis dental: 1 cada 180 días</p> <p>Radiografía panorámica del maxilar o de la mandíbula, limitada a 1 cada 5 años</p>

	<p>calendario.</p> <p>Coronas, periodoncia y endodoncia solo a través de la excepción de límite de beneficio aprobada.</p>
Unidad de cirugía de procedimientos cortos (SPU) en hospitales para pacientes ambulatorios	Sin límites
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC)	Sin límites
Transporte médico no de emergencia	Solo desde y hacia los servicios cubiertos por Medicaid
Clínica, servicios y suministros relacionados con la planificación familiar	Sin límites
Diálisis renal	<p>La capacitación inicial para diálisis en el hogar está limitada a 24 sesiones por paciente por año calendario.</p> <p>Visitas de respaldo al centro médico limitadas a no más de 75 por año calendario.</p>
Categoría 2: Servicios de emergencia	
Sala de emergencias	Sin límites
Ambulancia	Sin límites
Categoría 3: Hospitalización	
Atención para casos agudos con admisión hospitalaria	Sin límites
Atención de rehabilitación con admisión hospitalaria	Sin límites
Atención psiquiátrica con admisión hospitalaria	Sin límites
Atención por consumo de drogas y alcohol con admisión hospitalaria	Sin límites

Categoría 4: Atención de la maternidad y del recién nacido	
Maternidad: médico, parteras certificadas, centros de partos, sin límites	Sin límites
Categoría 5: Salud mental y consumo de sustancias tóxicas (salud conductual)	
Clínica psiquiátrica para pacientes ambulatorios	Sin límites
Tratamiento móvil de salud mental	Sin límites
Tratamiento ambulatorio contra el abuso de alcohol y drogas	Sin límites
Mantenimiento con metadona	Sin límites
Clozapine	Sin límites
Hospital psiquiátrico de tiempo parcial	Sin límites
Apoyo entre pares	Sin límites
Crisis	Sin límites
Administración de casos específicos: distinta de la salud conductual	Limitado a personas identificadas en el grupo específico (sin límites).
Administración de casos específicos: solo salud conductual	Limitado únicamente a personas con enfermedades mentales serias (SMI) (sin límites).
Categoría 6: Medicamentos bajo receta	
Medicamentos bajo receta	Sin límites
Suplementos nutricionales	Sin límites
Categoría 7: Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	
Establecimiento de enfermería especializada	365 días por año calendario
Cuidado médico domiciliario, incluidos los servicios de enfermería, auxiliares y de terapia	Ilimitado por los primeros 28 días; limitado a 15 días cada mes a partir de entonces.
ICF/IID e ICF/ORC	Requiere un nivel institucional de atención (sin límites).
Equipo médico duradero	Sin límites

Protésica y Ortótica	<p>Los zapatos ortopédicos y los audífonos no están cubiertos.</p> <p>La cobertura de los zapatos moldeados se limita a los zapatos moldeados para las afecciones graves del pie y del tobillo y para las deformidades de tal grado que el beneficiario no puede usar zapatos convencionales sin correcciones y modificaciones.</p> <p>La cobertura de las modificaciones de los zapatos ortopédicos y los zapatos moldeados se limita a las modificaciones necesarias para el uso de una férula o un corsé.</p> <p>La cobertura de los dispositivos de ayuda para la baja visión y de las prótesis oculares está limitada a 1 por cada 2 años calendario.</p> <p>La cobertura para una prótesis ocular se limita a 1 por año calendario.</p>
Lentes de anteojos	Limitado a personas con diagnóstico de afaquia: 4 lentes por año calendario.
Marcos de anteojos	Limitado a personas con diagnóstico de afaquia: 2 marcos por año calendario. Los marcos de categoría Deluxe no están incluidos.
Lentes de contacto	Limitado a personas con diagnóstico de afaquia: 4 lentes por año calendario.
Suministros médicos	Sin límites
Terapia (física, ocupacional y del habla): rehabilitación	Solo cuando la proporciona un hospital, una clínica ambulatoria o un proveedor de atención médica a domicilio.
Terapia (física, ocupacional y del habla): habilitación	Solo cuando la proporciona un hospital, una clínica ambulatoria o un proveedor de atención médica a domicilio.
Categoría 8: Servicios de laboratorio	
Laboratorio	Sin límites
Categoría 9: Servicios de prevención/bienestar y atención para pacientes crónicos	
Tratamiento para dejar de fumar**	70 unidades de 15 minutos por año calendario

Todas las unidades de servicio, edad, sexo, diagnóstico y otros límites relacionados con los códigos de procedimiento siguen vigentes tal y como se indica en la tabla de tarifas de asistencia médica. ID del sobre de DocuSign: 2A2FAA1E-B917-45C1-ADD9-08F37D8C8F64 33 *El plan de beneficios para niños incluirá todos los servicios médicamente necesarios sin límites. **Dejar de fumar es uno de los servicios preventivos recomendados por la US Preventative Services Task Force (Fuerza de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos). Para obtener una lista completa de los servicios preventivos además de los relacionados con dejar de fumar, póngase en contacto con su

Límites a los servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS)	
Servicios	Límites
Servicios para la vida cotidiana para adultos	Bajo integración a la comunidad:
Tecnología asistencial	Cada objetivo separado no puede exceder las veintiséis (26) semanas.
Terapia conductual	No se aprobarán más de 32 unidades semanales para un objetivo. Si el participante tiene varios objetivos, no se aprobarán más de 48 unidades por semana.
Asesoramiento sobre beneficios	
Evaluación profesional	
Terapia de rehabilitación cognitiva	Sin embargo, la Oficina de residencia a largo plazo (Office of Long Term Living) se reserva el derecho de autorizar más de 48 unidades (12 horas) de integración a la comunidad en una semana por hasta 21 horas semanales y para períodos mayores a las 26 semanas.
Integración en la comunidad	
Servicios de transición a la comunidad	
Asesoramiento	
Desarrollo de las habilidades laborales	Los Servicios de transición a la comunidad están limitados a un adicional de \$4,000 por participante, vitalicio, con previa autorización de la oficina del programa de la agencia estatal de Medicare.
Adaptaciones para el hogar	
Comidas entregadas en el hogar	
Asistencia para el cuidado domiciliario	La combinación total de horas para el desarrollo de capacidades de empleo o servicios de capacitación laboral está limitada a 50 por año calendario. Aquel participante con necesidades que excedan las 50 horas a la semana deberá obtener una autorización previa.
Cuidado domiciliario: enfermería	
Cuidado domiciliario: terapia ocupacional	
Cuidado domiciliario: fisioterapia	
Cuidado domiciliario: habla y lenguaje	Bajo equipos y suministros médicos especializados, los artículos que no están cubiertos son los siguientes:
Terapia	
Capacitación laboral	Todos los medicamentos, compuestos y soluciones bajo receta y de venta libre (excepto paños y cremas de barrera).
Búsqueda de trabajo	
Transporte no médico	

Asesoramiento nutricional Apoyo de la comunidad dirigido al participante	Artículos cubiertos bajo la responsabilidad de un tercero pagador.
Productos y servicios dirigidos al participante	Los artículos que no brindan un beneficio médico o curativo al participante o que no están directamente relacionados a su discapacidad.
Servicios de asistencia personal	Alimentos, suplementos o sustitutos alimenticios (incluidas leches de fórmula) y agentes espesantes.
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	Lentes, marcos y lentes de contacto. Dentadura postiza.
Erradicación de plagas	Cualquier artículo identificado como experimental que haya sido rechazado por Medicare o Medicaid.
Habilitación residencial	Equipo recreativo o de ejercicio físico y sus dispositivos adaptables.
Apoyo para el cuidado de enfermos	
Coordinación de servicios	
Equipos y suministros médicos especializados	
Habilitación estructurada por día	
Atención a distancia (TeleCare)	
Modificaciones a vehículos	

Para todos los servicios de exención de HCBS que también se ofrecen bajo el plan estatal, el beneficio del plan estatal debe agotarse antes de que pueda acceder a los servicios de exención de HCBS. Además, también deben haberse agotado los recursos de Medicare y otros recursos de terceros como las limitaciones de seguro privado. Por último, es posible que no pueda acceder a algunos servicios de exención de HCBS simultáneamente.

Para más información, comuníquese de las siguientes maneras:

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

Los miembros actuales deben llamar al: 1-866-533-5490 (TTY 711)

Los miembros potenciales deben llamar al: 1-855-241-3648 (TTY 711)

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

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

www.amerihhealthcaritasvipcare.com

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *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 1-866-533-5490 (TTY 711) 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 Pennsylvania. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.



AmeriHealth *Caritas*
VIP Care

www.amerhealthcaritasvipcare.com