Resumen de beneficios 2027

Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Consulte este folleto para obtener más información sobre estos planes:

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)

1.º de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

H6378_001_002_128438_M_Accepted_09142026_SPN

1 SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

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.

Usted puede elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con tarifa por servicio). Original Medicare está gestionado directamente por el Gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare mediante un plan médico de Medicare, por ejemplo, **AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

El Resumen de beneficios le indica los beneficios que cubre **AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)** y aquellos que paga usted.

- Si desea comparar nuestros planes con otros planes médicos de Medicare, solicite a los demás planes sus folletos de Resumen de beneficios. También puede usar el buscador de planes de Medicare (*Medicare Plan Finder*) en www.medicare.gov.
- 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) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Lo que debe saber sobre **AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP).**
- Prima mensual, deducible y límites a lo que usted paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de farmacia.

Este documento está disponible en idiomas distintos del inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) en el condado de Miami-Dade. Llame al 1-833-467-3502 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)) en los condados de Palm Beach, Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola y Seminole

Lo que debe saber sobre AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)

Horario de atención e información de contacto

- Si vive en Miami-Dade, llame al 1-833-535-3767 (TTY: 711). Si vive en Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole, llame al 1-833-467-3502 (TTY: 711). Nuestro horario de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- **¿No es miembro?** Si vive en Miami-Dade, llámenos al 1-800-858-1487, TTY: 711. Si vive en Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole, llámenos al 1-800-898-3018, TTY: 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar del Este, los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar del Este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
- Nuestro sitio web: www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

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

Para inscribirse en **AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)**, 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 (Medicaid). Usted debe cumplir con los requisitos para Asistencia Médica en una de las siguientes categorías de ayuda:

- Programa de Beneficiario calificado de Medicare **(QMB).**
- 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 estos condados en Florida: Miami-Dade, Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole.**

Si es un miembro potencial y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al **1-800-858-1487, (TTY 711) en Miami Dade. Llame al 1-800-898-3018 en Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole.**

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

- AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) 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 (HMO D-SNP), 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.amerihealthcaritasvipcare.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.amerihealthcaritasvipcare.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 uno de cinco niveles. El costo de sus medicamentos dependerá del nivel de "Ayuda adicional" que reciba y del nivel en el que se encuentren.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)

2 SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES A LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS		
Prima mensual del plan	Usted no paga una prima de plan mensual separada para AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP). Usted deberá seguir pagando su prima de la parte B de Medicare.	Usted no paga una prima de plan mensual separada para AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP). Usted deberá seguir pagando su prima de la parte B de Medicare.
Deducible	Deducible de medicamentos recetados: $120 Su plan no tiene un deducible médico.	Deducible de medicamentos recetados: $0 Su plan no tiene un deducible médico.
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: • **$9,850** por servicios cubiertos por Medicare que recibe 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.	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: • **$9,850** por servicios cubiertos por Medicare que recibe 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.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS		
Beneficios/Servicios	**AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade**	**AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole**
Cobertura de hospitalización	$0 de copago por admisión *Se requiere autorización previa.*	$0 de copago por admisión *Se requiere autorización previa.*
Cobertura de atención en hospital para pacientes ambulatorios	Hospital para pacientes ambulatorios: $0 de copago Cirugía ambulatoria: $0 de copago *No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización previa.*	Hospital para pacientes ambulatorios: $0 de copago Cirugía ambulatoria: $0 de copago *No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización previa.*
Servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Centro de cirugía ambulatoria: $0 de copago *Puede requerirse autorización previa.*	Centro de cirugía ambulatoria: $0 de copago *Puede requerirse autorización previa.*
Visitas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas)	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): $0 de copago Visita anual de rutina: $0 de copago Visita a especialista: $0 de copago	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): $0 de copago Visita anual de rutina: $0 de copago Visita a especialista: $0 de copago
Atención médica preventiva ***(p. ej., vacuna antigripal, control de la diabetes)***	$0 de copago para todos los servicios de atención médica preventiva cubiertos por Original Medicare con cero costos compartidos. Estarán cubiertos todos los servicios de atención médica preventiva adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.	$0 de copago para todos los servicios de atención médica preventiva cubiertos por Original Medicare con cero costos compartidos. Estarán cubiertos todos los servicios de atención médica preventiva adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención médica de emergencia	$0 de copago Cobertura de emergencia internacional: $0 de copago	$0 de copago Cobertura de emergencia internacional: $0 de copago

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Atención de emergencia (continuación)	Se aplica un límite máximo de cobertura anual de $50,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye las intervenciones programadas. 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.	Se aplica un límite máximo de cobertura anual de $50,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye las intervenciones programadas. 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.
Servicios de atención médica de urgencia	$0 de copago Cobertura de urgencia internacional: $0 de copago Se aplica un límite máximo de cobertura anual de $50,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye las intervenciones programadas. Incluyen los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es una emergencia, y que requiere atención médica inmediata. Los costos compartidos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.	$0 de copago Cobertura de urgencia internacional: $0 de copago Se aplica un límite máximo de cobertura anual de $50,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye las intervenciones programadas. Incluyen los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es una emergencia, y que requiere atención médica inmediata. Los costos compartidos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Servicios de diagnóstico/laboratorio /imágenes (incluye las pruebas y procedimientos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, diagnóstico por radiología y radiografías)	Estos son algunos de los servicios cubiertos: Pruebas y procedimientos de diagnóstico: $0 de copago Servicios de laboratorio: $0 de copago Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancias magnéticas y tomografías computarizadas): $0 de copago Radiografías para pacientes ambulatorios: $0 de copago Servicios radiológicos terapéuticos (p. ej., tratamiento radiológico para el cáncer): $0 de copago *No todos los procedimientos, las pruebas y los servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.*	Estos son algunos de los servicios cubiertos: Pruebas y procedimientos de diagnóstico: $0 de copago Servicios de laboratorio: $0 de copago Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancias magnéticas y tomografías computarizadas): $0 de copago Radiografías para pacientes ambulatorios: $0 de copago Servicios radiológicos terapéuticos (p. ej., tratamiento radiológico para el cáncer): $0 de copago *No todos los procedimientos, las pruebas y los servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.*
Servicios de audiología	Examen para el diagnóstico y tratamiento de la audición y problemas de equilibrio: $0 de copago Examen de audición de rutina (hasta 1 visita cada año) $0 de copago.	Examen para el diagnóstico y tratamiento de la audición y problemas de equilibrio: $0 de copago Examen de audición de rutina (hasta 1 visita cada año) $0 de copago.

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Servicios de audiología (continuación)	El beneficio de audífonos con receta médica incluye hasta dos (2) audífonos (uno por oído) cada año para los niveles de tecnología Select de audífonos a través de NationsHearing, sin costo alguno para el miembro. Todos los audífonos ofrecidos a través de NationsHearing incluyen: • Un período de evaluación de 60 días con garantía de devolución del 100% del importe (sin gastos de reposición) • 1 ajuste por audífono • 3 consultas de seguimiento en el plazo de un año desde la fecha del ajuste • 3 años de suministro de baterías (para audífonos no recargables (hasta 60 baterías por oído al año) • Garantía completa del fabricante de 3 años, que incluye una sustitución única en caso de pérdida o daño de los audífonos • Moldes auriculares (primer juego, cuando sea necesario) • Asistencia continua e ilimitada para los afiliados a través de NationsHearing	El beneficio de audífonos con receta médica incluye hasta dos (2) audífonos (uno por oído) cada tres años para los niveles de tecnología Select de audífonos a través de NationsHearing, sin costo alguno para el miembro. Todos los audífonos ofrecidos a través de NationsHearing incluyen: • Un período de evaluación de 60 días con garantía de devolución del 100% del importe (sin gastos de reposición) • 1 ajuste por audífono • 3 consultas de seguimiento en el plazo de un año desde la fecha del ajuste • 3 años de suministro de baterías (para audífonos no recargables (hasta 60 baterías por oído al año) • Garantía completa del fabricante de 3 años, que incluye una sustitución única en caso de pérdida o daño de los audífonos • Moldes auriculares (primer juego, cuando sea necesario) • Asistencia continua e ilimitada para los afiliados a través de NationsHearing

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Servicios odontológicos	Servicios odontológicos preventivos: • Examen oral (hasta una visita cada seis meses): $0 de copago. • Limpieza (hasta una visita cada seis meses): $0 de copago. • Tratamiento con flúor (hasta una visita cada seis meses): $0 de copago. • Radiografías dentales (1 radiografía de la boca completa y 1 radiografía panorámica cada 5 años y hasta 6 radiografías de aleta de mordida o periapicales cada año.): $0 de copago. Servicios odontológicos integrales: • Restauraciones menores (empastes). • Extracciones simples y quirúrgicas. • Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años). • Reparación y alineación de dentaduras postizas. • Cirugía bucal. • Periodoncia/endodoncia. • Coronas. • Mini implantes.	Servicios odontológicos preventivos: • Examen oral (hasta una visita cada seis meses): $0 de copago. • Limpieza (hasta una visita cada seis meses): $0 de copago. • Tratamiento con flúor (hasta una visita cada seis meses): $0 de copago. • Radiografías dentales (1 radiografía de la boca completa y 1 radiografía panorámica cada 5 años y hasta 6 radiografías de aleta de mordida o periapicales cada año.): $0 de copago. Servicios odontológicos integrales: • Restauraciones menores (empastes). • Extracciones simples y quirúrgicas. • Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años). • Reparación y alineación de dentaduras postizas. • Cirugía bucal. • Periodoncia/endodoncia. • Coronas. • Mini implantes.

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Servicios odontológicos (continuación)	\$1,500 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales complementarios cada año. Puede utilizar óxido nitroso para determinados servicios dentales cubiertos, que incluyen empastes, coronas, endodoncias y extracciones (excluidas las muelas de juicio), entre otros. Añadimos cobertura para los servicios que permiten al odontólogo ajustar su prótesis dental existente después de los procedimientos de miniimplantes dentales, que ayuda a que se ajuste correctamente sin necesidad de una prótesis nueva. *Se requiere autorización previa para los servicios odontológicos integrales. Pueden aplicarse límites de servicio adicionales.* *Usted es responsable de los montos que superen el límite del beneficio.*	\$2,000 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales complementarios cada año. Puede utilizar óxido nitroso para determinados servicios dentales cubiertos, que incluyen empastes, coronas, endodoncias y extracciones (excluidas las muelas de juicio), entre otros. Añadimos cobertura para los servicios que permiten al odontólogo ajustar su prótesis dental existente después de los procedimientos de miniimplantes dentales, que ayuda a que se ajuste correctamente sin necesidad de una prótesis nueva. *Se requiere autorización previa para los servicios odontológicos integrales. Pueden aplicarse límites de servicio adicionales.* *Usted es responsable de los montos que superen el límite del beneficio.*
Servicios para la vista	Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita cada año): \$0 de copago. Anteojos después de una operación de cataratas: \$0 de copago Lentes de contacto O anteojos: Nuestro plan cubre hasta \$250 por año en anteojos. *El monto del beneficio (asignación) debe utilizarse para pagar los servicios para la vista prestados por un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención de*	Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita cada año): \$0 de copago. Anteojos después de una operación de cataratas: \$0 de copago Lentes de contacto O anteojos: Nuestro plan cubre hasta \$250 por año en anteojos. *El monto del beneficio (asignación) debe utilizarse para pagar los servicios para la vista prestados por un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención de*

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
	un proveedor fuera de la red. También deberá pagar los costos que superen el límite de su beneficio.	*un proveedor fuera de la red. También deberá pagar los costos que superen el límite de su beneficio.*
Servicios de salud mental	$0 de copago • Visita a pacientes hospitalizados. • Visita ambulatoria a terapia de grupo. • Visita ambulatoria a terapia individual. *Se requiere autorización previa para determinados servicios.*	$0 de copago • Visita a pacientes hospitalizados. • Visita ambulatoria a terapia de grupo. • Visita ambulatoria a terapia individual. *Se requiere autorización previa para determinados servicios.*
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	$0 de copago por admisión *Se requiere autorización previa.*	$0 de copago por admisión *Se requiere autorización previa.*
Fisioterapia	Visita de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y lenguaje: $0 de copago *Se requiere autorización previa.*	Visita de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y lenguaje: $0 de copago *Se requiere autorización previa.*
Ambulancia	Ambulancia terrestre: $0 de copago Ambulancia aérea: $0 de copago *Puede requerirse autorización previa.*	Ambulancia terrestre: $0 de copago Ambulancia aérea: $0 de copago *Puede requerirse autorización previa.*
Transporte	$0 de copago. 36 viajes de ida por año hasta ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital. Puede ser mediante un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación	$0 de copago. 36 viajes de ida por año hasta ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital. Puede ser mediante un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) – Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Transporte (continuación)	y las necesidades del miembro). *Los viajes se deben programar con al menos un día hábil de antelación, excepto en circunstancias especiales. Límite de 50 millas por viaje de un solo trayecto.*	y las necesidades del miembro). *Los viajes se deben programar con al menos un día hábil de antelación, excepto en circunstancias especiales. Límite de 50 millas por viaje de un solo trayecto.*
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Se aplicará un coseguro del 20% a la quimioterapia no preferida y a otros medicamentos de la Parte B no preferidos. 0 % de coseguro por medicamentos preferidos de la Parte B. 20% de coseguro o $35, el que sea menor, por medicamentos de insulina de la Parte B. *Puede requerirse autorización previa.*	Se aplicará un coseguro del 20% a la quimioterapia no preferida y a otros medicamentos de la Parte B no preferidos. 0 % de coseguro por medicamentos preferidos de la Parte B. 20% de coseguro o $35, el que sea menor, por medicamentos de insulina de la Parte B. *Puede requerirse autorización previa.*

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Etapa de deducible anual	Deducible de medicamentos recetados: $120 para los niveles 3- 5. Si recibe Ayuda Extra de Medicare, su deducible es $0. Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Extra, los costos compartidos podrían aumentar o disminuir. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles sobre los beneficios adicionales.	Su plan no tiene un deducible de medicamentos recetados para todos los niveles. Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Extra, los costos compartidos podrían aumentar o disminuir. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más detalles sobre los beneficios adicionales.

Etapa de cobertura inicial

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcancen los $2,400. Usted luego pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

	Participación estándar en los costos en farmacias minoristas— Miami-Dade	**Participación estándar en los costos en farmacias minoristas — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole**
Nivel	**Suministro de un mes**	**Suministro de un mes**
Nivel 1 (genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	$3 de copago	$0 de copago
Nivel 3 (de marca preferida)	25% de coseguro	11% de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de especialidad)	31% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 50 (medicamentos no de Parte D)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel	**Suministro de dos meses**	**Suministro de dos meses**

Nivel 1 (genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	$6 de copago	$0 de copago
Nivel 3 (de marca preferida)	25% de coseguro	11% de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de especialidad)	N/A	N/A
Nivel 50 (medicamentos no de Parte D)	$0 de copago	$0 de copago

Nivel	**Suministro de tres meses**	**Suministro de tres meses**
Nivel 1 (genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	$9 de copago	$0 de copago
Nivel 3 (de marca preferida)	25% de coseguro	11% de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de especialidad)	N/A	N/A
Nivel 50 (medicamentos no de Parte D)	$0 de copago	$0 de copago

	Participación estándar en los costos de pedidos por correo	**Participación estándar en los costos de pedidos por correo**
Nivel	**Suministro de un mes**	**Suministro de un mes**
Nivel 1 (genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	$3 de copago	$0 de copago
Nivel 3 (de marca preferida)	25% de coseguro	11% de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de especialidad)	31% de coseguro	33% de coseguro

Nivel 50 (medicamentos no de Parte D)	$0 de copago	$0 de copago

Nivel	Suministro de dos meses	Suministro de dos meses
Nivel 1 (genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	$6 de copago	$0 de copago
Nivel 3 (de marca preferida)	25% de coseguro	11% de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de especialidad)	N/A	N/A
Nivel 50 (medicamentos no de Parte D)	$0 de copago	$0 de copago

Nivel	Suministro de tres meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	$9 de copago	$0 de copago
Nivel 3 (de marca preferida)	25% de coseguro	11% de coseguro
Nivel 4 (medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de especialidad)	N/A	N/A
Nivel 50 (medicamentos no de Parte D)	$0 de copago	$0 de copago

Llámenos o consulte la **"Evidencia de cobertura"** del plan en nuestro sitio web www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl para obtener información completa sobre los costos de sus medicamentos cubiertos.

Etapa de cobertura catastrófica
$0 de copago

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Acupuntura	$0 de copago Hasta 6 visitas de acupuntura de rutina (no Medicare) por año.	$0 de copago Hasta 6 visitas de acupuntura de rutina (no Medicare) por año.
Visitas adicionales para dejar de fumar y usar tabaco	$0 de copago por visita Cuatro visitas adicionales presenciales al proveedor de atención primaria 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.	$0 de copago por visita Cuatro visitas adicionales presenciales al proveedor de atención primaria 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.
Atención quiropráctica	$0 de copago por visita Hasta 12 visitas de atención quiropráctica de rutina por año (no Medicare).	$0 de copago por visita Hasta 12 visitas de atención quiropráctica de rutina por año (no Medicare).
Beneficio de actividad física	$0 de copago por visita 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®.	$0 de copago por visita 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®.
Atención médica domiciliaria	$0 de copago Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios médicos domiciliarios *Se requiere autorización previa.*	$0 de copago Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios médicos domiciliarios *Se requiere autorización previa.*

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Beneficio de comidas posteriores al alta	$0 de copago El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en el transcurso de una semana para los miembros que cumplan los requisitos y se encuentren confinados en su domicilio durante los 30 días siguientes a cada alta de un centro hospitalario o de un establecimiento de enfermería especializada, hasta un máximo de cuatro veces al año. *Se requiere referencia médica.*	$0 de copago El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en el transcurso de una semana para los miembros que cumplan los requisitos y se encuentren confinados en su domicilio durante los 30 días siguientes a cada alta de un centro hospitalario o de un establecimiento de enfermería especializada, hasta un máximo de cuatro veces al año. *Se requiere referencia médica.*
Equipos/suministros médicos	0% de copago por los siguientes equipos e insumos Se puede requerir autorización previa para: • Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a $750 por compra. • Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. Se requiere autorización previa para: • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo. • Suplementos para alimentación enteral. Insumos médicos/protésicos: Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de venta y alquiler cubiertos por Medicare.	0% de copago por los siguientes equipos e insumos Se puede requerir autorización previa para: • Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a $750 por compra. • Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. Se requiere autorización previa para: • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo. • Suplementos para alimentación enteral. Insumos médicos/protésicos: Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de venta y alquiler cubiertos por Medicare.

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Equipos/suministros médicos (continuación)	Suministros para la diabetes • Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán una autorización y tendrán un coseguro del 20%. Las marcas preferidas tienen un copago de $0.	Suministros para la diabetes • Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán una autorización y tendrán un coseguro del 20%. Las marcas preferidas tienen un copago de $0.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	$0 de copago • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal.	$0 de copago • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal.
Rehabilitación ambulatoria	$0 de copago • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) • Rehabilitación pulmonar • SET *Se requiere autorización previa.*	$0 de copago • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) • Rehabilitación pulmonar • SET *Se requiere autorización previa.*
Artículos de venta libre (OTC) y ayudas para la vida diaria	Los miembros reciben una asignación combinada de $158 al mes para destinarla a los siguientes beneficios: **Venta libre (OTC)** Todos los miembros pueden utilizar la asignación combinada para adquirir artículos OTC que cumplan los requisitos. Los artículos OTC incluyen vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado, etc. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses.	Los miembros reciben una asignación combinada de $150 al mes para destinarla a los siguientes beneficios: **Venta libre (OTC)** Todos los miembros pueden utilizar la asignación combinada para adquirir artículos OTC que cumplan los requisitos. Los artículos OTC incluyen vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado, etc. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses.

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Artículos de venta libre (OTC) y ayudas para la vida diaria (continuación)	• Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en el total de artículos o pedidos Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al desafiliarse del plan. La naloxona está cubierta como un beneficio de medicamento de venta libre de la Parte C. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) que se ofrece no duplica ningún medicamento de venta libre de la Parte D ni ningún medicamento incluido en el formulario. **Dispositivos de seguridad en el hogar y en el baño** Todos los miembros pueden utilizar la asignación combinada para adquirir dispositivos de seguridad para el hogar y el baño aprobados que incluyen barras de apoyo o manijas para puertas, revestimientos antideslizantes para pisos, sillas de seguridad, ayudas para la modificación del cuarto de baño. Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al desafiliarse del plan. **Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas III (SSBCI)**	• Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en el total de artículos o pedidos Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al darse de baja del plan. La naloxona está cubierta como un beneficio de medicamento de venta libre de la Parte C. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) que se ofrece no duplica ningún medicamento de venta libre de la Parte D ni ningún medicamento incluido en el formulario. **Dispositivos de seguridad en el hogar y en el baño** Todos los miembros pueden utilizar la asignación combinada para adquirir dispositivos de seguridad para el hogar y el baño aprobados que incluyen barras de apoyo o manijas para puertas, revestimientos antideslizantes para pisos, sillas de seguridad, ayudas para la modificación del cuarto de baño. Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al desafiliarse del plan. **Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas III (SSBCI)**

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Artículos de venta libre (OTC) y ayudas para la vida diaria (continuación)	Si cumple los requisitos para acceder los SSBCI, también podrá utilizar la asignación combinada para cubrir los gastos de la vida cotidiana. La asignación puede usarse para: • Alimentos saludables • Asistencia general para vivienda (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) No todos los miembros cumplen los requisitos. Solo los miembros con derecho a los SSBCI pueden utilizar su asignación para pagar el alquiler, los servicios públicos, internet y alimentos saludables. Para poder calificar para los SSBCI, los miembros deben padecer al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: Trastornos cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes, enfermedad gastrointestinal crónica (limitada a enfermedad hepática en etapa terminal), insuficiencia cardíaca congestiva, trastornos pulmonares crónicos (limitado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad del tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular y/o sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. Además: La afección debe suponer una amenaza para la vida o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros	Si cumple los requisitos para acceder los SSBCI, también podrá utilizar la asignación combinada para cubrir los gastos de la vida cotidiana. La asignación puede usarse para: • Alimentos saludables • Asistencia general para vivienda (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) No todos los miembros cumplen los requisitos. Solo los miembros con derecho a los SSBCI pueden utilizar su asignación para pagar el alquiler, los servicios públicos, internet y alimentos saludables. Para poder calificar para los SSBCI, los miembros deben padecer al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: Trastornos cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes, enfermedad gastrointestinal crónica (limitada a enfermedad hepática en etapa terminal), insuficiencia cardíaca congestiva, trastornos pulmonares crónicos (limitado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad del tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular y/o sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. Además: La afección debe suponer una amenaza para la vida o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
Artículos de venta libre (OTC) y ayudas para la vida diaria (continuación)	resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará los criterios objetivos para determinar la elegibilidad de los miembros. Para obtener más información o verificar la elegibilidad, los miembros deben ponerse en contacto con el plan. Se aplican limitaciones. **Además, usted debe cumplir con al menos uno de los siguientes:** • Haber tenido uno o más ingresos hospitalarios (incluso de salud conductual) por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber acudido una o más veces a atención de urgencias o de emergencias por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber tenido dos o más consultas ambulatorias por la afección crónica (incluso consultas de atención primaria o de atención especializada) en los últimos 12 meses. • Ser un paciente que requiere visitas de atención domiciliaria por la afección crónica. • Ser un paciente con una o más afecciones crónicas y una necesidad de una o más piezas de equipo médico duradero (DME) en un entorno ambulatorio, limitado a: grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales, ventilación no invasiva (NIV), máquinas de	resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará los criterios objetivos para determinar la elegibilidad de los miembros. Para obtener más información o verificar la elegibilidad, los miembros deben ponerse en contacto con el plan. Se aplican limitaciones. **Además, usted debe cumplir con al menos uno de los siguientes:** • Haber tenido uno o más ingresos hospitalarios (incluso de salud conductual) por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber acudido una o más veces a atención de urgencias o de emergencias por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber tenido dos o más consultas ambulatorias por la afección crónica (incluso consultas de atención primaria o de atención especializada) en los últimos 12 meses. • Ser un paciente que requiere visitas de atención domiciliaria por la afección crónica. • Ser un paciente con una o más afecciones crónicas y una necesidad de una o más piezas de equipo médico duradero (DME) en un entorno ambulatorio, limitado a: grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales, ventilación no invasiva (NIV), máquinas de

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Miami-Dade	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole
	biPAP, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3.	biPAP, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3.
Servicios de podología	$0 de copago por visita 6 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.	$0 de copago por visita 6 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.
Telemedicina	$0 de copago por visita Los servicios de telemedicina están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana durante todo el año para comunicarse con un médico de la red a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros pueden tener inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.	$0 de copago por visita Los servicios de telemedicina están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana durante todo el año para comunicarse con un médico de la red a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros pueden tener inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.
Línea de enfermería 24/7	$0 de copago 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 que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado.	$0 de copago 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 que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado.

Medicaid

Los siguientes servicios no están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, pero están disponibles a través de Medicaid:

Para todos los servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que también se ofrecen bajo el plan estatal, el beneficio del plan estatal debe agotarse antes de que pueda accederse a los servicios HCBS. Además, también deben haberse agotado los recursos de Medicare y de otros terceros, como los límites de los seguros privados. Por último, es posible que no pueda acceder a algunos servicios HCBS simultáneamente.

Exenciones de HCBS
Servicios de alergia
Centro de cirugía ambulatoria
Servicios de anestesia
Servicios de cuidados de apoyo
Análisis conductual
Servicios de cobertura en la salud del comportamiento
Servicios de evaluación de la salud del comportamiento
Servicios de apoyo comunitario de la salud del comportamiento
Servicios de intervención en la salud del comportamiento
Servicios de administración de Medicaid para la salud del comportamiento
Servicios de terapia para la salud del comportamiento
Servicios cardiovasculares
Servicios quiroprácticos
Servicios comunitarios de salud del comportamiento
Servicios del Departamento de Salud del Condado (CHD)
Servicios odontológicos
Servicios de diálisis

Exenciones de HCBS
Equipo médico duradero (DME) e insumos médicos
Servicios de evaluación y gestión
Servicios en centros médicos con habilitación federal
Servicios de gastroenterología
Servicios de ginecología y urología
Servicios de audiología
Servicios médicos domiciliarios
Hospital: pacientes hospitalizados
Hospital: pacientes ambulatorios
Hospital: salud mental estatal
Servicios de dermatología
Servicios de laboratorio
Servicios de atención médica en hogares sustitutos (MFC)
Neurología
Establecimiento de enfermería
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial
Servicios de ortopedia
Servicios de tratamiento del dolor
Servicios de cuidado personal
Servicios de podología
Servicios de medicamentos recetados
Servicios de radiología y medicina nuclear

Exenciones de HCBS
Servicios de salud reproductiva
Servicios para problemas respiratorios
Servicios de centros médicos rurales
Hogares sustitutos terapéuticos especializados
Gestión de casos específicos: salud mental
Servicios terapéuticos: ocupacionales
Servicios terapéuticos: físicos
Servicios terapéuticos: respiratorios
Servicios terapéuticos: patología del habla y el lenguaje
Servicios de trasplantes
Transporte: emergencia
Transporte: no emergencia
Servicios de óptica
Servicios de atención de la vista

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos, como impresión en letra grande, braille o audio. Si vive en Miami-Dade, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (TTY: 711). Si vive en los condados de Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole, llame al 1-833-467-3502 (TTY: 711). Nuestro horario de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si vive en el condado de Miami-Dade, llame al 1-833-535-3767 (TTY 711). Si vive en los condados de Palm Beach, Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola y Seminole, llame al 1-833-467-3502 (TTY 711). Nuestro horario de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis ki gratis ki disponib pou ede w nan lang pa w. Si w rete nan konte Miami-Dade, rele nan 1-833-535-3767 (TTY 711). Si w rete nan konte Palm Beach, Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola oswa Seminole, rele nan 1-833-467-3502 (TTY 711). Nou disponib soti 1ye oktòb rive 31 mas, ant 8 è nan maten ak 8 è nan aswè, sèt jou sou sèt, epi soti 1ye avril rive 30 septanm, ant 8 è nan maten ak 8 è nan aswè, lendi pou vandredi. Apèl la gratis.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO-DSNP 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.

La información no constituye una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Usted deberá seguir pagando su prima de la parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

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.

La cobertura médica es ofrecida por AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

GRACIAS

Conéctese con nosotros

Información de contacto: Condado de Miami-Dade: 1-833-535-3767, TTY: 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo, llame de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Condados de Broward, Lake, Martin, Orange, Osceola, Palm Beach y Seminole: 1-833-467-3502, TTY: 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo, llame de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Nombre de la organización: AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

Sitio web de la organización: www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

H6378_001_002_128438_M_Accepted_09142026_SPN