
Aprobación de OMB 0938-1444 (Vence: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) es ofrecido por AmeriHealth Caritas Michigan, Inc.

Aviso anual de cambios para el 2026

Introducción

En la actualidad usted está inscrito como miembro de nuestro plan. El año próximo se producirán algunos cambios en nuestros beneficios, la cobertura, las normativas y los costos. En este *Aviso Anual de Cambios*, se le informa acerca de los cambios y dónde encontrar información al respecto. Para obtener información sobre los costos, beneficios o normativas, consulte el *Manual del Miembro*, que se encuentra en nuestro sitio web:

www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página para conseguir una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del Miembro*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en árabe y español.
- **Puede solicitar este Aviso Anual de Cambios de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio. Llame al 1-844-964-4433 (TTY 711),**
- **de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.**
- **Fuera del horario de atención, los fines de semana y en los feriados federales, puede que se le pida que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día laboral. La llamada es gratuita.**

Puede solicitar que le envíen este documento, en la actualidad y en el futuro, en un formato alternativo. Solo debe llamar a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando la documentación en el formato solicitado, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento; solo debe llamar a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Índice

A. Descargo de responsabilidad.....	4
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Michigan Medicaid (Medicaid) para el próximo año. 4	
B1. Información acerca de AmeriHealth Caritas VIP Care.....	4
B2. Cosas importantes para hacer:.....	4
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	6
D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red	6
E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos	7
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	25
E3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial"	28
E4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica"	32
F. Cambios administrativos	32
G. Elegir un plan nuevo.....	34
G1. Quedarse en nuestro plan	34
G2. Cambio de plan	34
H. Recibir ayuda	38
H1. Nuestro plan	38
H2. MI Options	39
H3. El defensor del pueblo de Michigan (MICH Ombudsman)	39
H4. Medicare	40
H5. Michigan Medicaid.....	40
H6. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.....	41
H7. Recursos adicionales.....	42

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



A. Descargo de responsabilidad

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus es un plan HMO D-SNP que tiene contratos con Medicare y Michigan Medicaid para ofrecer beneficios de ambos programas a los miembros. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Michigan Medicaid (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, puede cancelar su afiliación al plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide dejar nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que hizo su solicitud. Seguirá inscrito en los programas Medicare y Michigan Medicaid mientras sea elegible.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Las opciones de Medicare incluidas en la tabla de la **Sección G2** "Cambiar de plan".
- Michigan Medicaid y las opciones en la **Sección G2** "Cambiar de plan".

B1. Información acerca de AmeriHealth Caritas VIP Care

- AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando este *Aviso Anual de Cambios* dice "nosotros", "nos", "nuestro", "nuestra" o "nuestro plan" significa AmeriHealth Caritas VIP Care.

B2. Cosas importantes para hacer:

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarlo.**
 - ¿Hay cambios que afecten los servicios que usted usa?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Revise los cambios de beneficios y costos para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.
- Consulte la **Sección E1** para obtener información acerca de los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectar su situación.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como la autorización previa, la terapia escalonada o los límites en las cantidades?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea útil para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo durante todo el año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- **Consulte si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted usa?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Considere sus costos generales del plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que utiliza normalmente?



- ¿Qué comparación puede establecer entre los costos totales y otras opciones de cobertura?

- **Piense si está conforme con nuestro plan.**

Si decide permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care:

Si usted quiere quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no realiza cambios, seguirá inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care de forma automática.

Si decide cambiar de plan:

Si usted considera que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en otro plan, o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura estará vigente a partir del primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambia de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus a AmeriHealth Caritas VIP Care.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación nueva por correo antes del 1 de enero de 2026. Cualquier material del plan que reciba en el futuro tendrá el nuevo nombre del plan.

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Los montos que usted paga por sus medicamentos varían de acuerdo a la farmacia que utiliza. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que puede ofrecerle un costo compartido más reducido que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2026.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2026* para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias pertenecen a nuestra red. En nuestro sitio web, encontrará el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. También puede llamar a Servicios al

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Miembro a los números que aparecen al pie de página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias* por correo.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja de formar parte de nuestro plan, usted tendrá ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro* o llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página para obtener ayuda.

E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. En la siguiente tabla, se describen estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios quiroprácticos.	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El servicio cubierto incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de quiropráctico cubierta por Medicare • 12 visitas de rutina al quiropráctico por año
Servicios odontológicos	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El plan paga los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y evaluaciones: 1 cada 6 meses • Limpiezas: una vez cada 6 meses 	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El plan paga los siguientes servicios dentales de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses • 1 radiografía completa de boca y 1 radiografía panorámica cada 5 años

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con fluoruro diamino de plata: máximo de 6 aplicaciones de por vida • Radiografías <ul style="list-style-type: none"> ○ Las radiografías oclusales son un beneficio cubierto una vez cada 12 meses ○ Radiografía panorámica: una vez cada 5 años ○ Radiografía de boca completa o serie completa: una vez cada 5 años • Empastes • Extracciones dentales • Dentaduras postizas completas o parciales: una vez cada cinco años • Selladores: una vez cada tres años, si se cumplen los criterios • Restauraciones indirectas (coronas): una vez cada 5 años por diente, si se cumplen los criterios • Tratamiento de conducto radicular/nuevo tratamiento de conducto radicular previo • evaluación periodontal integral • raspado en caso de inflamación • raspado y alisado radicular • otro mantenimiento periodontal <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio forma parte esencial del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas para prepararse para radioterapia por un cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes bucales antes de un trasplante de riñón.</p> <p>*Se requiere autorización previa para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, cirugía oral y maxilofacial, prostodoncia extraíble y fija.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Raspado y alisado radicular: 1 cada 24 meses. Por cuadrante. ○ Desbridamiento: 1 por año. ○ Raspado cuando hay inflamación gingival: 1 por año. ○ Sujeto al límite combinado de \$5,000 cada año. ○ El total combinado de los beneficios odontológicos integrales no puede exceder los \$5,000 cada año: ● Prostodoncia, retirada <ul style="list-style-type: none"> ○ Dentaduras postizas: 1 por arco cada 5 años. ○ Reparación y realineación de dentaduras postizas: 1 por año. ○ Se necesita autorización previa. ● Prótesis maxilofaciales <ul style="list-style-type: none"> ○ El total combinado de los beneficios odontológicos integrales no puede exceder los \$5,000 cada año: ○ 1 por arco cada 5 años. ○ Se necesita autorización previa.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de implantes <ul style="list-style-type: none"> ○ El total combinado de los beneficios odontológicos integrales no puede exceder los \$5,000 cada año: ○ Mini-implantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implantes (solo arco inferior): 1 cada 5 años. ○ Los puentes fijos y todos los demás implantes dentales, excepto los mini implantes, no están cubiertos. ○ Se necesita autorización previa. • Prostodoncias fijas <ul style="list-style-type: none"> ○ El total combinado de los beneficios odontológicos integrales no puede exceder los \$5,000 cada año: ○ Coronas, 1 cada 5 años por pieza dental. No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco por año. ○ Se necesita autorización previa.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oral y maxilofacial. <ul style="list-style-type: none"> ○ El total combinado de los beneficios odontológicos integrales no puede exceder los \$5,000 cada año: ○ Extracciones: 1 por pieza dental de por vida. Para otras cirugías orales se aplican límites. ○ Se necesita autorización previa.
Equipo médico duradero (DME)	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de cama eléctrica • Insumos para diabéticos • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos para el habla • Equipo y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Sacaleches 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, • Muletas, • Sistemas de cama eléctrica, insumos para diabéticos, • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, • Bombas de infusión IV, • Dispositivos para el habla, • Equipo de oxígeno, • Nebulizadores y • Andadores

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Bastones • Sillas de inodoro • Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) • Alimentación por sonda nasogástrica • Monitor de actividad uterina en casa • Insumos para la incontinencia • Bomba de insulina y suministros • Elevadores, eslingas y asientos • Bomba neumática para linfedema • Terapia de heridas por presión negativa • Calzado ortopédico • Ortótica • Estimulador para osteogénesis • Insumos para ostomía • Alimentación por vía intravenosa • Medidor de flujo respiratorio máximo • Productos de gradiente barométrico • Superficies de apoyo para reducir la presión • Prótesis • Oxímetro de pulso • Apósitos quirúrgicos • Suministros para el cuidado de traqueotomía 	<p>El plan cubre todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante determinados, puede preguntarles si es posible que realicen un pedido especial para usted.</p> <p>Se requiere autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los artículos de DME cubiertos por Medicare mayores a \$750 por compra. • Artículos de alquiler o de alquiler con opción a compra. • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios (componentes) de sillas de ruedas correspondientes sin importar el costo por artículo • Suplementos para alimentación por sonda nasogástrica <p>Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de alquiler</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo de estimulación nerviosa transcutánea • Respiradores • Desfibriladores cardioversores ponibles <p>Otros artículos podrían estar cubiertos.</p> <p>Algunos equipos médicos duraderos (DME) se proporcionan según la póliza de Michigan Medicaid. Se necesita una referencia médica, una orden médica y una evaluación, y se aplican limitaciones respecto al reemplazo y la reparación.</p> <p>Otros artículos podrían estar cubiertos, incluyendo ayudas ambientales o tecnología de asistencia/adaptación. También podemos cubrir los gastos para que aprenda a usar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de cuidados integrados trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si estarán en su plan de atención.</p> <p>Algunos artículos también pueden estar cubiertos a través del Plan de Atención Hospitalaria Prepagada (PIHP) en base a criterios de elegibilidad. Nuestro plan o el PIHP deberían pagar por estos artículos, no ambos.</p>	<p>y comprados cubiertos por Medicare.</p> <p>Las marcas no preferidas de insumos para diabéticos y todos los monitores continuos de glucosa requerirán una autorización previa y tendrán un coseguro del 20 % que tendrá que facturarse a su plan Medicaid. Cuando alcance el límite MOOP, el copago será de \$0.</p> <p>Las marcas preferidas tendrán un copago de \$0.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Pagaremos todo DME médicamente necesario que Medicare y Michigan Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, podrá pedirles que le hagan un pedido especial.</p> <p>Prótesis/insumos médicos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guantes de goma o vinilo • Toallitas para la incontinencia • Compresas para la incontinencia reutilizables o desechables • Ropa interior para la incontinencia conforme con la política de Michigan Medicaid <p>Pañales y ropa interior elástica absorbente: Para un inscrito que utilice tanto pañales como ropa interior elástica absorbente, la cantidad total combinada de estos artículos no puede superar los 300 por mes. (La cantidad máxima de ropa interior elástica absorbente es de 150 por mes incluso si el inscrito no utiliza pañales.)</p> <p>Pañales de diferentes tamaños: Para un inscrito que use una combinación de pañales de distintos tamaños, la cantidad total no debe superar los 300 por mes.</p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Los insumos y servicios para diabéticos y el calzado terapéutico o plantillas para diabéticos no preferidos de marca requerirán una autorización del plan.	
Servicios de audiología	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El plan paga las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor.</p> <p>Para adultos a partir de 21 años, el plan paga por la evaluación y adaptación de un audífono dos veces al año y paga por un audífono una vez cada cinco años.</p> <p>Se necesitan una referencia médica y una autorización.</p> <p>El beneficio se limita a los audífonos avanzados de TruHearing, que vienen en diferentes estilos y colores. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 adaptaciones/evaluación de un audífono cada año • El primer año de consultas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El plan cubrirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina (hasta uno al año) • Adaptación o evaluación de audífono <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 12 meses tras la compra de un audífono de marca TruHearing mientras el miembro esté inscrito en el plan.</p> <p>Hasta \$2,500 a cuenta del costo de dos audífonos no implantables avanzados de marca TruHearing cada tres años (límite de un audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes.*</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables • Es necesaria una referencia para adaptación/evaluación <p>Es necesaria una referencia para adaptación/evaluación.</p> <p>Se requieren referencia médica y autorización.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeros 12 meses de consultas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías compradas por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes de oído • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con proveedores • Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no sean audífonos avanzados de la marca TruHearing • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p> <p>* Por costos restantes se entenderá cualquier monto que supere su asignación.</p>
Dispositivos y modificaciones de seguridad del hogar y el cuarto de baño	No están cubiertos los dispositivos y modificaciones de seguridad del hogar y el cuarto de baño.	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Asignación anual de \$150 por dispositivos de seguridad del hogar y el cuarto de baño comprados a través de catálogo y establecimientos minoristas participantes.</p>
Servicios del Programa ambulatorio intensivo	Usted paga \$0 de copago.	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Beneficios de comida	El beneficio de comidas no está cubierto.	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en una semana para miembros confinados en sus hogares que cumplan los requisitos cada vez que reciban el alta de un centro de hospitalización o un establecimiento de enfermería especializada. Hasta cuatro veces al año.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Se requiere referencia médica.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago. <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% por medicamentos preferidos de la Parte B. • Los productos no preferidos tendrán un coseguro del 20 % que necesita facturarse a Medicaid. Una vez se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, el copago será de \$0. • El total de insulina no superará los \$35 por el suministro de 1 mes.
Servicios especialidad en salud mental	Usted paga \$0 de copago. El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no enumerados aquí • Servicios clínicos • Tratamiento de día • Servicios de rehabilitación psicosocial Se requiere autorización previa.	Usted paga \$0 de copago. <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de terapia individual cubiertas por Medicare • Sesiones de terapia de grupo cubiertas por Medicare
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago. Se requiere autorización previa

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Se puede gastar hasta \$75 por trimestre en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC y/o el portal de pedidos en línea. Los miembros pueden pedir hasta seis productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos de su pedido. Los pedidos del catálogo de OTC y del portal en línea están limitados a tres pedidos por trimestre.</p> <p>Pueden aplicarse límites adicionales a algunos artículos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>La cobertura de Naloxone está incluida.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Hasta \$80 por trimestre para gastar en artículos de venta libre como vitaminas, calmantes para el dolor, remedios para resfríos y más. Los fondos se cargan cada mes a una tarjeta de débito expedida por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros pueden comprar a través del catálogo de venta libre o en establecimientos minoristas participantes • No hay límite en el total de artículos o pedidos <p>Todo fondo que no se haya utilizado expirará al final del trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>La naloxona se cubre como beneficio de OTC (medicamentos 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 medicamentos del formulario.</p>
El Sistema de respuesta de emergencia personal	<p>El Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) no está cubierto</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El Sistema de respuesta ante emergencias personal</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
(PERS) no está cubierto		<p>(PERS) es un sistema de supervisión de alerta médica que proporciona acceso 24/7 a ayuda con solo pulsar un botón. Ofrecemos diversos estilos, incluido un dispositivo accesorio activado por móvil.</p> <p>Beneficio limitado a un dispositivo por año.</p>
Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)	<p>Los Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Si cumple los requisitos para SSBCI, puede aplicar crédito del beneficio de venta libre trimestral de \$80 para ayudar con los gastos de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables. • Apoyos generales para la vida (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos). • Control de plagas. <p>Para cumplir los requisitos para SSBCI, los miembros deben tener al menos una de las siguientes afecciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades cardiovasculares. • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>(limitada a enfermedad hepática en etapa terminal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades pulmonares crónicas (limitados a enfermedad pulmonar obstructiva crónica) • Insuficiencia cardíaca congestiva; • Enfermedad del tejido conectivo • Demencia • Diabetes mellitus • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Accidente cardiovascular (ACV) <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su afección debe suponer una amenaza para la vida o limitar en gran medida su salud o función general. • Usted debe tener un alto riesgo de ser hospitalizado u otros resultados adversos para la salud y deben requerir coordinación de cuidados intensivos. <p>El plan revisará criterios objetivos para determinar su elegibilidad.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>Para más información o para verificar su elegibilidad, contacte al plan.</p> <p>Si reúne los requisitos, el crédito SSBCI se combinará con el crédito de venta libre.</p> <p>Los montos no utilizados expiran al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p>
Apoyo a cuidadores para inscritos	No está cubierto el apoyo a cuidadores para inscritos.	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Un cuidador de un miembro puede inscribirse en servicios de apoyo a través de nuestro proveedor especificado por el plan.</p> <p>Para obtener más información, contacte con nuestro equipo de Servicios al Miembro.</p>
Servicios de transporte	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El transporte médico de ida y vuelta es ilimitado y está cubierto cuando no se trata de emergencias (NEMT).</p> <p>En los casos en que el transporte que no sea de emergencias (NEMT) solo se necesite para llegar a una consulta o regresar a la casa después de la consulta, se</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Viajes de ida ilimitados cada año a puntos aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).</p> <p>Puede consistir de un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>podrá ofrecer la autorización de ida o de regreso.</p> <p>A los proveedores de transporte y a los beneficiarios se les puede realizar un reembolso por millaje, peajes, tarifas de estacionamiento, comidas aprobadas, gastos de alojamiento y de asistentes.</p> <p>*Se requiere autorización previa para todos los servicios que no sean de emergencia.</p>	<p>a la situación y a las necesidades del miembro.</p> <p>Los viajes se deben programar con un mínimo de un día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales.</p> <p>El transporte solamente se autoriza hacia lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).</p>
Atención oftalmológica	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El plan paga los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los exámenes de rutina de la vista, una vez cada dos años. ○ Un par de anteojos iniciales. ○ Un par de anteojos de reemplazo cada año. ○ Lentes de contacto para personas con determinadas condiciones. ○ Dispositivos básicos y esenciales para personas con visión deficiente (como telescopios, microscopios y ciertos dispositivos para corregir la visión deficiente). 	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>El plan ofrece cobertura de rutina de la vista, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un examen de la vista de rutina una vez al año ● Hasta \$520 cada año para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) <p>El monto del beneficio (asignación) debe usarse para pagar por servicios para la vista de un proveedor de dentro de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, el plan pagará un examen por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ personas con un antecedente familiar de glaucoma, ○ personas con diabetes, ○ personas afroamericanas de 50 años y más, e ○ hispanoamericanos de 65 años o más. <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, deberá recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Emergencia internacional/cobertura de urgencia	La emergencia internacional/cobertura de urgencia no está cubierta	Usted paga \$0 de copago. Monto de beneficio anual máximo combinado de \$50,000 (USD) de cobertura de emergencia internacional, cobertura de urgencia internacional, y servicios de transporte internacional

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*

Puede encontrar una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web: www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi. También puede llamar a Servicios al Miembro a los números que aparecen al pie de página para obtener información actualizada sobre medicamentos o para pedirnos que le enviemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos* por correo.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se conoce como *Lista de Medicamentos*.

Hemos realizado cambios en nuestro *listado de medicamentos*, que podrían incluir retirar o añadir los medicamentos que cubrimos y los cambios en las restricciones aplicables a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel diferente de costo compartido.

Consulte la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel diferente de costo compartido.

La mayoría de los cambios de la *Lista de Medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que se realicen otros cambios permitidos por Medicare y/o el Estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos una vez al mes para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos algún cambio que afectará a un medicamento que usted toma, le avisaremos al respecto.

Si se ve afectado/a por algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos hacer lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Hable con su médico (u otro profesional que recete medicamentos) para buscar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de página para pedir un *listado de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
- Solicítenos que cubramos un suministro del medicamento de forma temporal.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es por hasta 30 días. (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*).
 - Cuando recibe un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando este se termine. Puede cambiar a otro medicamento que cubre nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción para usted y cubramos su medicamento actual.

Si, en 2025, recibió permiso de nuestra parte para usar un medicamento que no está en nuestro formulario, lo que se conoce como excepción del formulario, en algunos casos, puede continuar tomando ese medicamento en 2026 si su proveedor se lo receta. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente para una afección crónica o prolongada. Los medicamentos que no son de mantenimiento son aquellos que se toman por un período más corto, por ejemplo, los antibióticos. Si le recetaron un medicamento de mantenimiento con requisitos específicos que usted cumplía, o bien si recibió permiso de nuestra parte para usarlo en 2025 (lo que se conoce como determinación de cobertura), en algunos casos, podrá continuar utilizando este medicamento en 2026. Sin embargo, si, en 2025, recibió una determinación de cobertura para un medicamento que no es de mantenimiento, usted o su proveedor deberán volver a presentar una solicitud de determinación de cobertura para continuar utilizando ese medicamento en 2026. A partir de 2026, podemos retirar inmediatamente medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestro *Listado de Medicamentos* si los reemplazamos con nuevos genéricos o determinadas versiones biosimilares del medicamento de marca o el producto biológico original en el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas normas o menos normas. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro *Listado de medicamentos*, pero pasarlo de inmediato a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones, o bien ambas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Por ejemplo, si toma un medicamento de marca o un producto biológico que está siendo reemplazado por un genérico o una versión biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de antelación o antes de que obtenga su suministro mensual del medicamento de marca o el producto biológico. Es posible que obtenga la información del cambio específico una vez ya esté hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Puede encontrar la definición de los tipos de medicamentos en el **Capítulo 12** de su *Manual del Miembro*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también brinda información al consumidor acerca de los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA:

www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients.

También puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de página o solicitarle más información a su proveedor de atención médica, al profesional que realiza las recetas o al farmacéutico.

Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando carga o recarga su prescripción. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, nuestro plan paga parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Usted comienza esta etapa después de pagar una cantidad determinada de gastos de bolsillo.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando su gasto de bolsillo total de medicamentos alcanza \$2,100. En ese punto comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan cubre todos sus gastos de medicamentos a partir de entonces y hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la cantidad que pagará por los medicamentos.

En el programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de los medicamentos pagarán parte del costo total de nuestro plan de los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D y los productos biológicos durante la Etapa de cobertura inicial y la

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el programa de descuentos del fabricante no se consideran en el cálculo de gastos de bolsillo.

E3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial"

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga parte del costo de sus medicamentos bajo receta, y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentren sus medicamentos y dónde los obtenga. Usted paga un copago cada vez que surte una receta médica. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio que sea más bajo.

Cambiamos algunos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* a un nivel inferior o superior. Si sus medicamentos cambian de un nivel a otro, esto podría afectar a su copago. Para saber si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búselos en la *Lista de Medicamentos*.

La siguiente tabla muestra sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de los 7 niveles de medicamentos. Estas cantidades **solo** son aplicables durante el tiempo en que usted se encuentre en la etapa de cobertura inicial.

La mayoría de vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.

Para obtener información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos para un suministro a largo plazo; o para medicamentos con receta de pedidos por correo, visite el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual del miembro*.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Medicamentos en el Nivel 1 (Genérico preferido)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Su costo por un pedido de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días es del 25% de coseguro.</p> <p>*El costo compartido se basa en el nivel de "Ayuda Extra" que recibe el miembro</p> <p>**Pueden aplicarse deducibles y coseguros para miembros sin "Ayuda Extra".</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 2 (Genéricos)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro de un mes de cada producto cubierto de insulina de este nivel.</p> <p>Su costo por un pedido de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días es del 25% de coseguro</p> <p>*El costo compartido se basa en el nivel de "Ayuda Extra" que recibe el miembro.</p> <p>**Pueden aplicarse deducibles y coseguros para miembros sin "Ayuda Extra".</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Medicamentos en el Nivel 3 (Marca preferida)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento del Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro de un mes de cada producto cubierto de insulina de este nivel.</p> <p>Su costo por un pedido de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días es del 25% de coseguro.</p> <p>*El costo compartido se basa en el nivel de "Ayuda Extra" que recibe el miembro.</p> <p>**Pueden aplicarse deducibles y coseguros para miembros sin "Ayuda Extra".</p>



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento del Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por suministro de un mes de cada producto cubierto de insulina de este nivel.</p> <p>Su costo por un pedido de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días es del 25% de coseguro.</p> <p>*El costo compartido se basa en el nivel de "Ayuda Extra" que recibe el miembro.</p> <p>**Pueden aplicarse deducibles y coseguros para miembros sin "Ayuda Extra".</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 5 (Especialidad)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento del Nivel 5 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Su costo por un pedido de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días es del 25% de coseguro.</p> <p>*El costo compartido se basa en el nivel de "Ayuda Extra" que recibe el miembro</p> <p>**Pueden aplicarse deducibles y coseguros para miembros sin "Ayuda Extra".</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Medicamentos en el Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionados)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento del Nivel 6 que se surte en una farmacia de la red</p>	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga el \$0 del costo total.
<p>Medicamentos en el Nivel 9 (Medicamentos con receta/de venta libre que no son de Medicare)</p>	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga el \$0 del costo total.

E4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica"

Cuando usted alcanza el límite de gastos de bolsillo de **\$2,100** por sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el **Capítulo 6**, Sección E de su Manual del Miembro.

F. Cambios administrativos

Su plan MI Health Link de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus (Medicaid-Plan Medicaid) está cambiando. En 2026, se le inscribirá en AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Este plan lo proporciona AmeriHealth Caritas, que es la misma empresa que actualmente proporciona su cobertura del programa MI Health Link. Su nuevo plan es parte del programa MI Coordinated Health que seguirá coordinando sus servicios y apoyos de Medicare y Michigan Medicaid. Usted seguirá teniendo los mismos beneficios de atención médica que tiene ahora. Su nuevo plan lo ayudará con todas sus necesidades de atención médica y seguirá coordinando sus beneficios y su atención.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Número de contrato	H0192	H6341
Tipo de organización	Demo	Local CCP
Nombre del plan	AmeriHealth Caritas VIP Care Plus (Plan Medicare-Medicaid)	AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)
Tipo de plan	MMP HMO	HMO
Tipo de plan de necesidades especiales	No corresponde	Doble elegibilidad
Número de teléfono de Servicio al Cliente	(888) 667-0318	(844) 964-4433
Número de teléfono de Servicio al Cliente de farmacias	(855) 328-0011	(855) 379-8895
Sitio web del plan	www.amerihealthcaritasvipcareplus.com	www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi
Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare	No corresponde.	El plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare podría ayudarlo a gestionar sus costos repartíendolos durante el año como pagos mensuales. Para saber más acerca de este programa, contáctenos al número que aparece en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov/ .

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



G. Elegir un plan nuevo

G1. Quedarse en nuestro plan

¡Esperamos que usted siga como miembro del plan! No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan Medicare diferente o se cambie a Original Medicare, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el 2026.

G2. Cambio de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Como usted tiene el plan MICH de Medicaid Michigan, puede terminar su membresía con nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Abierta** que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)** va del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Podría haber otras situaciones en las que puede hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Han cambiado su elegibilidad para <nombre del programa Medicaid> o Ayuda Extra, o
- Usted se ha mudado recientemente o actualmente está siendo atendido/a en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo). Si se ha trasladado recientemente desde una institución, ahora puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que abandone la institución.



Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación en determinados momentos del año incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p>1. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Otro plan que le proporciona Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan, también conocido como Plan integrado de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) o a un Programa para el Cuidado Integral de las Personas de la Tercera Edad (PACE), si cumple los requisitos.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa MI Options, 1-800-803-7174, el horario de atención cambia según la ubicación, abierto de lunes a viernes (excepto feriados). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-263-5897, de 8:00 am a 7:00 pm hora del este, de lunes a viernes (excepto feriados). Para obtener más información o encontrar una oficina local del programa MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.</p> <p>Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su nueva cobertura del plan. También puede contactar directamente al plan en el que desea inscribirse.</p>
--	--

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



<p>2. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare diferente</p> <p>Para solicitar unirse a Medicaid, rellene una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa MI Options, 1-800-803-7174, el horario de atención cambia según la ubicación, abierto de lunes a viernes (excepto feriados). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-263-5897, de 8:00 am a 7:00 pm hora del este, de lunes a viernes (excepto feriados). Para más información o para encontrar una oficina local del programa MI Options en su área, visite "https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
---	--



<p>3. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare diferente</p> <p>Para solicitar unirse a Medicaid, rellene una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.</p> <p>NOTA: Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare diferente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura a través de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa MI Options, 1-800-803-7174, el horario de atención cambia según la ubicación, abierto de lunes a viernes (excepto feriados). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-263-5897, de 8:00 am a 7:00 pm hora del este, de lunes a viernes (excepto feriados). Para obtener más información o encontrar una oficina local del programa MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa MI Options, 1-800-803-7174, el horario de atención cambia según la ubicación, abierto de lunes a viernes (excepto feriados). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-263-5897, de 8:00 am a 7:00 pm hora del este, de lunes a viernes (excepto feriados). Para más información o para encontrar una oficina local del programa MI Options en su área, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports. Se cancelará automáticamente su afiliación de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.
--	---



<p>4. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Cualquier plan médico de Medicare en determinados momentos del año incluyendo el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage o en otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <p>Llame al 1-800-803-7174. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-263-5897. En Michigan, el SHIP se llama el Programa MI Options.</p> <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan médico de Medicare.</p> <p>Se le da de baja automáticamente en Medicare cuando comienza su nueva cobertura del plan.</p>
--	---

Sus servicios Michigan Medicaid

Para preguntas acerca de cómo obtener sus servicios Michigan Medicaid tras dejar nuestro plan, contacte a la Línea de ayuda para beneficiarios: 1-800-642-3195 o beneficiarysupport@michigan.gov. Para obtener más información, inicie sesión en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support. Pregunte de qué forma se vería afectada la manera en que obtiene su cobertura de Michigan Medicaid al inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare.

H. Recibir ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página durante los días y el horario de atención indicado. Estas llamadas son gratuitas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Consulte su *Manual del Miembro*

Su *Manual del Miembro* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para 2026. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual del Miembro* 2026 estará disponible a más tardar el 15 de octubre. También puede revisar el Manual del Miembro para ver si otros beneficios o cambios en los costos lo afectan. En nuestro sitio web está disponible una copia actualizada del *Manual del miembro* en www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi. También puede llamar a Servicios al Miembro a los números que aparecen al pie de la página para pedirnos que le enviemos un *Manual del miembro* para 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos* (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

H2. MI Options

Usted también puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). En Michigan el SHIP se llama Programa MI Options. Los asesores del Programa MI Options también pueden ayudarlo a comprender las opciones que tiene y responder preguntas sobre cómo cambiar de un plan a otro. El programa MI Options no está conectado con nosotros ni con otra compañía de seguro o plan médico. El programa MI Options tiene asesores capacitados en cada ubicación y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del programa MI Options es 1-800-803-7174, los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-263-5897. Para obtener más información o encontrar una oficina local del programa MI Options en su área, visite <https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports>.

H3. El defensor del pueblo de Michigan (MICH Ombudsman)

El defensor del pueblo de Michigan (MICH Ombudsman) sirve como defensor y solucionador de problemas para personas inscritas en el programa MICH de Michigan. El MO no está conectado a ninguna compañía de seguro o plan médico, todos sus servicios son gratuitos y mantiene la confidencialidad de toda la información. Llame al MO si tiene problemas o retrasos con su plan MICH que le presta atención médica, servicios o equipos médicos, otros beneficios, o con la calidad de la atención. MO también puede ayudarlo a conocer MICH y las opciones de atención en la comunidad, incluidos sus derechos. Puede llamar a MO si su plan MICH ha denegado atención médica, servicios o equipos médicos, otros beneficios, o incluso para obtener ayuda con las apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Contacte con nosotros en nuestra línea gratuita de atención telefónica en: 1-888-746-6456

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si elige cancelar su afiliación a nuestro plan e inscribirse en un otro plan de Medicare, en el sitio web de Medicare, puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad que le ayudarán a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área a través del Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en "Encontrar planes".)

Medicare y Usted 2026

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2026*. Todos los años, en otoño, las personas con Medicare reciben este folleto por correo postal. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino, y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H5. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid es un programa de atención que presta servicios integrales de atención médica a adultos y niños con bajos ingresos. Los servicios cubiertos por Medicaid se ofrecen a través de los que se llama pago por servicio o a través de los planes médicos de Medicaid:

- El pago por servicio es el término para servicios pagados de Medicaid que no se proporcionan a través de un plan médico. Esto significa que Medicaid paga por el servicio. Las personas que se acojan al pago por servicio usarán la tarjeta [MIhealth](#) para recibir los servicios.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Puede encontrar información adicional sobre MIhealth accediendo al siguiente sitio web <https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/adults/quicklinks/the-mihealth-card>.
- La mayoría de las personas deben unirse a un plan médico. El plan médico paga por la mayoría de los servicios. Para personas que necesitan unirse a un plan médico, el departamento de inscripciones de Michigan enviará una carta con más información. Tras unirse a un plan médico, se necesitan tanto la tarjeta MIhealth como la tarjeta del plan médico para acceder a los servicios. Para obtener información adicional sobre unirse a un plan médico, visite el siguiente sitio web https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder2/Folder14/Folder1/Folder114/MHP_Service_Area_Listing.pdf?rev=fe2f344f7c46481fb39eb034a8601cd5&hash=D59C718240AE79F1F708D4103AD823A8.

Costos

Los Inscritos no tienen que pagar el costo total de los servicios cubiertos; Sin embargo, puede ser necesario que paguen una pequeña cantidad llamada copago. Las personas a partir de 21 años de edad podrían tener un copago por los servicios incluidos en los Requisitos de copago de los beneficiarios. Para ver una lista de los montos de copago en esta tabla, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder60/WebCo-PayTable_11-02-06.pdf?rev=39dfeae1839e4434b66f503f84d63e45&hash=18CE85BF53B120E81739BD1F781CE2B8.

H6. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare es una opción de pago que podría ayudarlo a gestionar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos en nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.

La "Ayuda Extra" de Medicare y la ayuda del programa de asistencia farmacéutica (SPAP) y el programa de asistencia a la drogadicción y SIDA (ADAP) de su estado, para quienes cumplan los requisitos, ofrece más ventajas que solo participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los inscritos son elegibles para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos que tengan. Para saber más acerca de este programa contáctenos al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página o visite www.Medicare.gov.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al 1-844-964-4433 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



H7. Otros recursos

El estado de Michigan ofrece las herramientas myHealthButton y myHealthPortal a los miembros actuales inscritos en el programa Michigan Medicaid, el plan Healthy Michigan, MIChild y/o el programa de Servicios especiales de atención de la salud infantil (CSHCS). La aplicación móvil, myHealthButton es una aplicación en línea a la que se puede acceder desde cualquier dispositivo con acceso a Internet.

Se anima a los miembros a acceder a las aplicaciones con regularidad para aprovechar las funciones adicionales.

Llame a	la línea de ayuda al beneficiario al 1-800-642-3195
TTY	1-866-501-5656
Correo electrónico	myHealthButton@michigan.gov.
Sitio web	https://myhbclد.state.mi.us/myHBPublic/landing.action?request_locale=en

