



# Resumen de beneficios para 2026

**Michigan (MI01)**

Área de servicio: condados de Macomb y Wayne.

# AmeriHealth Caritas VIP Care, (HMO D-SNP) Resumen de beneficios 2026



---

**Si tiene preguntas**, llame a 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](http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi).

# Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, información general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

## Índice

- A. Descargo de responsabilidad .....3
- B. Preguntas frecuentes (FAQ).....5
- C. Lista de servicios cubiertos.....11
- D. Beneficios cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care .....25
- E. Servicios que AmeriHealth Caritas VIP Care, Medicare y Michigan Medicaid no cubren .....26
- F. Sus derechos como miembro del plan.....26
- G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....29
- H. Qué hacer si sospecha de fraude .....30

---

## A. Descargo de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios médicos cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care en 2026. Es solo un resumen. Para conocer la lista completa de beneficios, lea el *Manual del Miembro*. Siempre puede encontrar una copia actualizada del *Manual del Miembro* 2026 en nuestro sitio web [www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi](http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi). También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-844-964-4433 (TTY 711)** para pedirnos que le enviemos por correo el *Manual del Miembro* 2026.

- ❖ AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO D-SNP que tiene contratos con Medicare y Michigan Medicaid para ofrecer los beneficios de ambos programas a los inscritos. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.
- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-964-4433 (TTY 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

❖ تنويه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجاناً. يُرجى الاتصال بالرقم (TTY 711) 1-844-964-4433.

- ❖ Para obtener más información sobre Medicare, lea el manual *Medicare y usted*. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ❖ Para obtener más información sobre AmeriHealth Caritas VIP Care, puede consultar el sitio web de Michigan Medicaid en [www.michigan.gov/medicaid](http://www.michigan.gov/medicaid), llamar a la Línea de Ayuda al Beneficiario: 1-800-642-3195 o enviar un correo electrónico a [beneficiarysupport@michigan.gov](mailto:beneficiarysupport@michigan.gov), o llamar a la Línea de Ayuda de Michigan Healthcare al: 1-855-789-5610 (TTY 1-866-501-5656) de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes (excepto feriados) [michigan.gov/mibridge](http://michigan.gov/mibridge) o comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo de MICH para recibir ayuda sin cargo. El Defensor del Pueblo de MICH puede ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con el programa MICH o nuestro plan. El Defensor del Pueblo de MICH es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456. También puede visitar el sitio web del Defensor del Pueblo de MICH en [www.meji.org/mhlo](http://www.meji.org/mhlo).

---

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



- ❖ **Puede solicitar este documento 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. Es posible que luego del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales le soliciten que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.**
- ❖ **Este documento está disponible de manera gratuita en español y en árabe.**
- ❖ Puede solicitar este documento, ahora y en el futuro, en otros formatos llamando a Servicios al Miembro al **1-844-964-4433 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Es posible que luego del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales le soliciten que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. 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 usted nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento con solo llamar a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

---

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La tabla siguiente contiene una lista de preguntas frecuentes.

| Preguntas frecuentes                                                                                                                               | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Qué es un plan de necesidades especiales altamente integrado llamado MI Coordinated Health (MICH)?</b>                                         | MI Coordinated Health es un plan de necesidades especiales (SNP) altamente integrado con doble elegibilidad (HIDE) que ofrece beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a los inscritos. Es para personas que cuentan tanto con Medicare como con Michigan Medicaid. Un plan HIDE SNP es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>¿Con AmeriHealth Caritas VIP Care recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora? (continúa en la página siguiente)</b> | <p>Usted recibirá la mayoría de los beneficios que cubren Medicare y Medicaid directamente a través de AmeriHealth Caritas VIP Care. Usted trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar cuáles son los servicios que mejor cubren sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar según sus necesidades, y la evaluación de su médico y equipo de atención. Usted también puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera en que lo hace ahora, es decir, directamente de los servicios estatales especializados en salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas.</p> <p>Cuando se inscriba en AmeriHealth Caritas VIP Care, usted y su equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar un plan de atención que aborde sus necesidades de salud y apoyo, que refleje sus preferencias y objetivos personales.</p> |

---

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



| Preguntas frecuentes                                                                                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>¿Con AmeriHealth Caritas VIP Care recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora? (continuación de la página anterior)</b></p> | <p>Si toma algún medicamento de la Parte D de Medicare que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubre normalmente, puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que AmeriHealth Caritas VIP Care cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página de este documento.</p> <p>Si usted actualmente recibe servicios para la salud mental, por consumo de sustancias tóxicas o por necesidades debido a una incapacidad intelectual o del desarrollo, seguirá recibiendo estos servicios del mismo modo que ahora.</p> <p>Cuando se inscriba en AmeriHealth Caritas VIP Care, usted y su equipo de atención trabajarán en conjunto para desarrollar un Plan de Atención para abordar sus necesidades de salud y de apoyo.</p>                                                                                                   |
| <p><b>¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? (continúa en la página siguiente)</b></p>                                                                | <p>Esto suele ser lo habitual. Si sus proveedores (entre otros, médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con AmeriHealth Caritas VIP Care y tienen un contrato con nosotros, usted podrá continuar con ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un contrato con nosotros están "en la red". Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Esto significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. <b>Usted debe usar los proveedores de la red de AmeriHealth Caritas VIP Care.</b> Si usted usa proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita atención médica de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar a los proveedores que se encuentran fuera del plan de AmeriHealth Caritas VIP Care.</li> </ul> |



| Preguntas frecuentes                                                                                                | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? (continuación de la página anterior)</b></p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede seguir consultando a sus médicos y recibiendo los servicios actuales durante un máximo de 90 días, o 180 días, según el servicio, mientras se completa su plan de atención. Si actualmente está recibiendo tratamiento con un proveedor que no pertenece a la red de AmeriHealth Caritas VIP Care o tiene una relación establecida con un proveedor que no pertenece a la red de AmeriHealth Caritas VIP Care, llame a Servicios al Miembro para saber cómo mantener su conexión.</li> </ul> <p>Para saber si sus proveedores pertenecen a la red del plan, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página de este documento o consulte el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de AmeriHealth Caritas VIP Care en el sitio web del plan <a href="http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi">www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi</a>.</p> <p>Si AmeriHealth Caritas VIP Care es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de atención que aborde sus necesidades.</p> |
| <p><b>¿Qué es un coordinador de atención de AmeriHealth Caritas VIP Care? (continúa en la página siguiente)</b></p> | <p>Un coordinador de atención es un profesional de la salud que lo ayudará a obtener la atención y los servicios relacionados con su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en AmeriHealth Caritas VIP Care. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad de conocer su situación y trabajar con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione correctamente para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención y establecer objetivos para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema relacionado con su salud o los servicios o la atención que recibe de nosotros, podrá llamar a su coordinador de atención. <b>Su coordinador de atención es la persona a quien acudir</b> en AmeriHealth Caritas VIP Care.</p>                                                                                                                                                                                                                           |

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





| Preguntas frecuentes                                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es un coordinador de atención de AmeriHealth Caritas VIP Care?<br>(continuación de la página anterior)  | Nuestro objetivo en AmeriHealth Caritas VIP Care es atender sus necesidades de una manera que funcione para usted. Por este motivo decimos que nuestro programa está "centrado en la persona". El proceso de planificación centrado en la persona es cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que se trate de <b>sus</b> objetivos, elecciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, podrá hacer participar a las personas que considere clave para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?                                                        | Los servicios y apoyos a largo plazo son una ayuda para las personas que necesitan asistencia para realizar las tareas cotidianas como bañarse, asearse, vestirse, cocinar y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar o comunidad, pero también podrían ofrecerse en un hogar de ancianos o en un hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia pueden administrar estos servicios, y su equipo de atención trabajará con esa agencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie de la red de AmeriHealth Caritas VIP Care puede brindármelo? | Los proveedores de nuestra red brindarán la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio que nuestra red no ofrece, AmeriHealth Caritas VIP Care pagará el costo de un proveedor fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Dónde está disponible AmeriHealth Caritas VIP Care?                                                         | El área de servicio para este plan incluye: los condados de Macomb y Wayne en Michigan. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es autorización previa?<br>(continúa en la página siguiente)                                            | <p>La autorización previa significa una aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care para buscar servicios fuera de nuestra red u obtener servicios que habitualmente no cubre nuestra red <b>antes</b> de recibir los servicios. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra el servicio o el medicamento si usted no obtiene la aprobación.</p> <p><b>Si necesita atención de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de cobertura, no es necesario que obtenga primero la autorización previa.</b> AmeriHealth Caritas VIP Care puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren la autorización previa de AmeriHealth Caritas VIP Care antes de que se preste el servicio.</p> |

| Preguntas frecuentes                                                                  | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es autorización previa?<br>(continuación de la página anterior)                  | <p>Consulte el <b>Capítulo 3</b> del <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte el Cuadro de Beneficios en el <b>Capítulo 4</b> del <i>Manual del Miembro</i> para conocer cuáles servicios requieren una autorización previa.</p> <p>Si necesita saber si se requiere autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página de este documento.</p>                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es una derivación?                                                               | <p>Derivación significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de ir a alguien que no sea su PCP. Una derivación es diferente de una autorización previa. Si no obtiene una derivación de su PCP, es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra los servicios. AmeriHealth Caritas VIP Care puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren una derivación de su PCP antes de que se preste el servicio. Usted no necesita obtener una derivación para determinados especialistas, como, por ejemplo, especialistas en salud de la mujer.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información sobre cuándo es necesario obtener una derivación de su PCP.</p> |
| ¿Debo pagar un monto mensual (también llamado prima) en AmeriHealth Caritas VIP Care? | <p>No. Como tiene Medicaid, no pagará ninguna prima mensual, incluida la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura médica.</p> <p>Deberá seguir pagando toda prima mensual del programa Freedom to Work (Libertad para Trabajar) que tenga, si corresponde. Si tiene dudas sobre el programa Libertad para Trabajar, comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS en <a href="http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00_">www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00_</a>.</p>                                                                                           |

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



| Preguntas frecuentes                                                                                                                     | Respuestas                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Pago un deducible como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care?</b>                                                                  | No. Usted no tiene que pagar deducibles en AmeriHealth Caritas VIP Care.                                                                     |
| <b>¿Cuál es el monto máximo de gastos de bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care?</b> | No hay costos compartidos por los servicios médicos en AmeriHealth Caritas VIP Care, por lo que sus gastos de bolsillo anuales serán de \$0. |

## C. Lista de servicios cubiertos

La tabla siguiente presenta una descripción general breve de los servicios que podría necesitar, los costos que debería pagar y las normas sobre los beneficios.

| Necesidad o inquietud médica                                | Servicios que podría necesitar                                                                             | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                            |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita atención hospitalaria</b>                       | Internación hospitalaria                                                                                   | \$0                                       | Excepto en caso de emergencia, su proveedor de atención médica debe informar al plan de su admisión hospitalaria.<br>Se requiere autorización previa. |
|                                                             | Servicios hospitalarios ambulatorios, incluida la observación                                              | \$0                                       | Se necesita autorización previa.                                                                                                                      |
|                                                             | Servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)                                                        | \$0                                       | Se necesita autorización previa.                                                                                                                      |
|                                                             | Atención de un médico o cirujano                                                                           | \$0                                       | Se requiere autorización previa para la cirugía en un ámbito hospitalario ambulatorio o con internación.                                              |
| <b>Necesita un médico (continúa en la página siguiente)</b> | Consultas para tratar una lesión o enfermedad                                                              | \$0                                       |                                                                                                                                                       |
|                                                             | Atención para prevenir enfermedades, por ejemplo, vacunas contra la gripe y pruebas de detección de cáncer | \$0                                       |                                                                                                                                                       |

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



| Necesidad o inquietud médica                                       | Servicios que podría necesitar                                                                                                                                             | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita un médico (continuación de la página anterior)</b>     | Consultas de rutina, p. ej., examen físico                                                                                                                                 | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                    | "Bienvenido a Medicare" (visita preventiva por única vez)                                                                                                                  | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                    | Atención de especialistas                                                                                                                                                  | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                    | Servicios para ayudar a tratar su enfermedad                                                                                                                               | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Necesita atención médica de emergencia</b>                      | Servicios de sala de emergencias                                                                                                                                           | \$0                                       | Los servicios de sala de emergencias están cubiertos dentro de la red, fuera de la red (OON) y no necesitan autorización previa.                                                                                        |
|                                                                    | Atención de urgencia                                                                                                                                                       | \$0                                       | Los servicios de atención de urgencia están cubiertos dentro de la red, fuera de la red (OON) y no necesitan autorización previa.                                                                                       |
| <b>Necesita exámenes médicos (continúa en la página siguiente)</b> | Servicios de radiología para diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de diagnóstico por imagen, como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas) | \$0                                       | No todas las radiografías, procedimientos diagnósticos/terapéuticos/radiológicos ambulatorios y pruebas requerirán autorización. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización. |

| Necesidad o inquietud médica                                   | Servicios que podría necesitar                                                  | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                            |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Necesita exámenes médicos (continuación de la página anterior) | Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre | \$0                                       | No todos los servicios de laboratorio requerirán autorización. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización. |
|                                                                | Pruebas de detección, como evaluaciones de detección de cáncer                  | \$0                                       |                                                                                                                                                       |

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



| Necesidad o inquietud médica               | Servicios que podría necesitar       | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita servicios para la audición</b> | Exámenes auditivos                   | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                            | Evaluación y adaptación de audífonos | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                            | Audífonos                            | \$0                                       | <p>Hasta \$2,500 a cuenta del costo de dos audífonos no implantables TruHearing Advanced cada tres años (límite de 1 audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.</p> <p><b>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas de seguimiento con el proveedor durante los primeros 12 meses</li> <li>• Período de prueba de 60 días</li> <li>• Garantía ampliada de 3 años</li> <li>• 80 baterías por audífono para modelos no recargables</li> </ul> |



| Necesidad o inquietud médica          | Servicios que podría necesitar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita atención odontológica</b> | <p>Chequeos odontológicos y atención preventiva</p> <p>Chequeos odontológicos, exámenes, radiografías, limpiezas, empastes, extracciones dentales, dentaduras postizas completas y parciales, selladores, restauraciones indirectas (coronas), endodoncia/retratamiento de endodoncia anterior, evaluación periodontal completa, raspado en presencia de inflamación, raspado periodontal y alisado radicular, y otro mantenimiento periodontal</p> | <p>\$0</p>                                | <p><b><u>Odontología preventiva</u></b><br/> Exámenes orales: uno cada 6 meses<br/> Limpieza: una cada 6 meses<br/> Tratamientos con flúor: uno cada 6 meses<br/> Radiografías odontológicas: 1 radiografía completa de la boca y 1 radiografía panorámica cada 5 años y hasta 6 radiografías de aleta de mordida o periapicales cada año.</p> <p><b><u>Odontológicos integrales</u></b><br/> Hasta un límite de cobertura máximo de \$5,000 por año para:<br/> Restauraciones menores (empastes).<br/> Endodoncia*<br/> Periodoncia*<br/> Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años)*<br/> Reparación y alineación de dentaduras postizas (1 por año)*<br/> Mini implantes*<br/> Prostodoncia*<br/> Cirugía oral y maxilofacial*<br/> Extracciones (1 por pieza dental de por vida)*</p> <p>Lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre <b>la cobertura y las limitaciones</b> en <a href="https://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi">https://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi</a></p> <p>*Puede requerirse autorización previa. Pueden corresponder otros límites a los servicios.</p> |

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



| <b>Necesidad o inquietud médica</b>                                        | <b>Servicios que podría necesitar</b>                                                                                             | <b>Sus costos para los proveedores de la red</b> | <b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita atención de la vista</b>                                       | Exámenes de la vista                                                                                                              | \$0                                              | Un examen por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                            | Lentes o lentes de contacto                                                                                                       | \$0                                              | Hasta \$520 de asignación a cuenta de servicios para la vista (anteojos o lentes de contacto) de un proveedor de la red.                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                            | Otro tipo de atención de la vista                                                                                                 | \$0                                              | El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular.                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Necesita servicios de la salud del comportamiento</b>                   | Servicios de la salud del comportamiento                                                                                          | \$0                                              | La terapia individual, grupal y de familia está cubierta.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                            | Atención hospitalaria y ambulatoria y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de la salud del comportamiento | \$0                                              | Los servicios especializados de atención de la salud del comportamiento pueden prestarse a través de un programa distinto de AmeriHealth Caritas VIP Care. Su coordinador de atención de AmeriHealth Caritas VIP Care puede ayudarle a obtener esos servicios y coordinarlos con el resto de sus necesidades de atención médica.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| <b>Necesita servicios para trastorno por consumo de sustancias tóxicas</b> | Servicios para trastorno por consumo de sustancias tóxicas                                                                        | \$0                                              | Los servicios para trastorno por consumo de sustancias tóxicas pueden prestarse a través de un programa distinto de AmeriHealth Caritas VIP Care. Su coordinador de atención de AmeriHealth Caritas VIP Care puede ayudarle a obtener esos servicios y coordinarlos con el resto de sus necesidades de atención médica.<br><br>Se requiere autorización previa.          |

| Necesidad o inquietud médica                                                | Servicios que podría necesitar                                              | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios) |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita un lugar para vivir con personas que puedan brindarle ayuda</b> | Atención de enfermería especializada                                        | \$0                                       | Se requiere autorización previa.                                                           |
|                                                                             | Atención en un hogar de ancianos                                            | \$0                                       |                                                                                            |
|                                                                             | Cuidado de acogida para adultos y cuidado de acogida para grupos de adultos | \$0                                       |                                                                                            |
| <b>Necesita terapia luego de un derrame cerebral o un accidente</b>         | Terapia del habla, física u ocupacional                                     | \$0                                       | Se requiere autorización previa.                                                           |

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



| Necesidad o inquietud médica                                                                 | Servicios que podría necesitar                                                                                                             | Sus costos para los proveedores de la red                                                                                                                                                              | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Necesita ayuda para obtener los servicios médicos                                            | Servicios de ambulancia                                                                                                                    | \$0                                                                                                                                                                                                    | Puede requerirse autorización previa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                              | Transporte de emergencia                                                                                                                   | \$0                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                              | Transporte a consultas y servicios médicos                                                                                                 | \$0                                                                                                                                                                                                    | <p>Viajes de ida ilimitados cada año a puntos aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Puede consistir de un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado a la situación y a las necesidades del miembro. 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> |
| Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente) | Medicamentos de la Parte B de Medicare                                                                                                     | \$0                                                                                                                                                                                                    | Los medicamentos de la Parte B incluyen los recetados por el médico en su consultorio, algunos medicamentos oncológicos orales y algunos medicamentos que se usan con determinados equipos médicos. Lea el <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información sobre estos medicamentos.                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                              | <p>Medicamentos de la Parte D de Medicare</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido</p> <p>Nivel 2: Genérico:</p> <p>Nivel 3: Marca preferida</p> | <p><b>Farmacia al por menor</b> para un suministro de hasta 100 días.</p> <p>Deducible: \$0 o \$615**</p> <p>Nivel 1-5: \$0 - \$12.65 de copago* o 25% de coseguro**</p> <p>Nivel 6: \$0 de copago</p> | <p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)</i> de AmeriHealth Caritas VIP Care para obtener más información.</p> <p>Una vez que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,100, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará \$0 por todos sus medicamentos de Medicare.</p>                                                                                                                                                |

| Necesidad o inquietud médica                                                     | Servicios que podría necesitar                                                                                                                                                                                      | Sus costos para los proveedores de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)</b> | <p>Nivel 4:<br/>Medicamento no preferido</p> <p>Nivel 5:<br/>Especialidad</p> <p>Nivel 6:<br/>Medicamentos de atención selecta</p> <p>Nivel 9:<br/>Medicamentos recetados/de venta libre que no son de Medicare</p> | <p>*Los costos compartidos se basan en el nivel de "Ayuda Adicional" que recibe el miembro.</p> <p>**Pueden corresponder un deducible y coseguro a los miembros sin "Ayuda Adicional".</p> <p><b><u>Pedidos por correo</u></b> para un suministro de 61 a 100 días:</p> <p>Nivel 1-5: \$0 \$12.65 de copago * o 25% de coseguro (sin exceder lo que el miembro paga por un mes). *</p> <p>Nivel 6: \$0 de copago</p> <p>Nivel 9: \$0 de copago</p> <p>Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para recibir más información.</p> | <p>Lea el <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información sobre esta etapa.</p> <p>Los suministros de pedido por correo (hasta 100 días) están disponibles para muchos medicamentos en todos los comercios minoristas de la red por el mismo costo de \$0 que un suministro para 30 días. Las farmacias que aceptan pedidos por correo solo permiten surtir suministros para 61 a 100 días al mismo costo de un suministro para 30 días.</p> |

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

| Necesidad o inquietud médica                                                      | Servicios que podría necesitar                                                         | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>                 | Medicamentos de venta libre (OTC)                                                      | \$0                                       | <p>Hasta \$80 de asignación por trimestre para gastar en artículos de venta libre elegibles, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado y mucho más. Los fondos se cargan cada trimestre en una tarjeta de débito emitida por el plan.</p> <p>Los miembros pueden comprar a través del catálogo de artículos de venta libre o en las tiendas minoristas participantes • No hay límite en el total de artículos o pedidos. Los fondos que no se hayan utilizado expirarán al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Necesita ayuda con los gastos cotidianos (continúa en la página siguiente)</b> | Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) | \$0                                       | <p>Si el miembro cumple con los requisitos, el crédito de OTC se combinará con el crédito de SSBCI. Los fondos que no se hayan utilizado expirarán al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>Este crédito se puede utilizar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables</li> <li>• Ayudas generales para la vida cotidiana (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos)</li> <li>• Control de plagas</li> </ul> <p>Para poder calificar para el SSBCI, los miembros deben padecer al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, enfermedades gastrointestinales crónicas (limitadas a la enfermedad hepática en fase terminal), trastornos pulmonares crónicos (limitados a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades del tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, y accidente cerebrovascular.</p> |

| Necesidad o inquietud médica                                                  | Servicios que podría necesitar            | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Necesita ayuda con los gastos cotidianos (continuación de la página anterior) |                                           |                                           | <p>Además: la afección debe poner en peligro la vida o limitar en gran medida la salud o la función general del miembro; el miembro debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y el miembro debe requerir una coordinación intensiva de la atención.</p> <p>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.</p> |
| Necesita ayuda para mejorar su salud o tiene necesidades médicas especiales   | Servicios de rehabilitación               | \$0                                       | Se requiere autorización previa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                               | Equipos médicos para cuidado domiciliario | \$0                                       | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                               | Servicios de diálisis                     | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Necesita servicios de cuidado de los pies                                     | Servicios de podiatría                    | \$0                                       | Hasta 6 visitas al podólogo por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                               | Servicios ortopédicos                     | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

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



| Necesidad o inquietud médica                                                                                                                                                                                                                  | Servicios que podría necesitar                                                                                                                                                                                                 | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita equipo médico duradero (DME)</b><br><br><b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de los DME cubiertos. Si desea la lista completa, llame a Servicios al Miembro o consulte el <b>Capítulo 4</b> del <i>Manual del Miembro</i> . | Sillas de ruedas, muletas y andadores                                                                                                                                                                                          | \$0                                       | Se requiere autorización previa para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de DME cubiertos por Medicare mayores a \$750 por compra.</li> <li>• Artículos en alquiler y alquiler con opción a compra.</li> <li>• La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los artículos (componentes) correspondientes sin importar el costo por artículo.</li> <li>• Suplementos de alimentación enteral.</li> </ul>                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                               | Nebulizadores                                                                                                                                                                                                                  | \$0                                       | Se requiere autorización previa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                               | Equipo y suministros de oxígeno                                                                                                                                                                                                | \$0                                       | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Necesita ayuda para vivir en su hogar (continúa en la próxima página)</b>                                                                                                                                                                  | Servicios de salud domiciliaria                                                                                                                                                                                                | \$0                                       | Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                               | Artículos de seguridad para el hogar y el baño, como barras de apoyo o manijas para puertas, revestimientos antideslizantes para pisos, sillas de seguridad y modificaciones en el baño para ayudar a la seguridad en el hogar | \$0                                       | \$150 asignación anual para dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, y modificaciones incorporadas a la tarjeta de beneficio de gastos flexibles. Los artículos aprobados incluyen barras de apoyo o manijas para puertas, revestimientos antideslizantes para pisos, sillas de seguridad y ayudas para la modificación del cuarto de baño. Estos productos deben pedirse a través del catálogo OTC o en las tiendas minoristas participantes. Los fondos que no se utilicen expirarán al final de cada año o al darse de baja del plan. |



| Necesidad o inquietud médica                                | Servicios que podría necesitar                                                                                                                  | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                     |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)</b> | Salud de día para adultos, servicios comunitarios para adultos (CBAS) u otros servicios de apoyo                                                | \$0                                       | El plan proporciona estos servicios, que solo están disponibles para las personas de la exención MICH 1915(c). |
|                                                             | Servicios de habilitación de día                                                                                                                | \$0                                       |                                                                                                                |
|                                                             | Servicios para ayudarle a vivir de manera independiente (servicios de atención médica a domicilio o servicios de asistente de cuidado personal) | \$0                                       | El plan proporciona estos servicios, que solo están disponibles para las personas de la exención MICH 1915(c). |

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



| Necesidad o inquietud médica | Servicios que podría necesitar                     | Sus costos para los proveedores de la red | Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (normas sobre los beneficios)                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios adicionales</b> | Servicios quiroprácticos                           | \$0                                       | Hasta 12 visitas de rutina al quiropráctico por año.                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                              | Suministros y servicios para la diabetes           | \$0                                       | Las marcas preferidas tienen un copago de \$0.<br><br>Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán una autorización previa y tendrán un coseguro del 20% (hasta que usted alcance el máximo de gastos de bolsillo).                                                  |
|                              | Servicios de prótesis                              | \$0                                       | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                              | Radioterapia                                       | \$0                                       | Puede requerirse autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                              | Servicios para ayudar a tratar su enfermedad       | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                              | Servicios de apoyo al cuidador                     | \$0                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                              | Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) | \$0                                       | El Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS) es un sistema de supervisión de alerta médica que proporciona acceso 24/7 a ayuda con solo pulsar un botón. Ofrecemos diversos estilos, incluido un dispositivo portable activado por móvil. El beneficio se limita a un dispositivo por año. |
|                              | SilverSneakers®                                    | \$0                                       | SilverSneakers® es un beneficio de fitness gratuito que incluye acceso a servicios y gimnasios SilverSneakers® participantes.                                                                                                                                                                          |

El resumen de beneficios anterior se proporciona solo con fines informativos y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer el Manual del Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Si no tiene un *Manual del Miembro*, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care a los números que figuran a pie de página de este documento para obtener uno. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar a Servicios al Miembro o visitar [www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi](http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi).

D. Beneficios cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care

Hay algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece a pie de página de este documento para solicitar información sobre estos servicios.

| Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sus costos |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Servicios del Plan Médico Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP): atención hospitalaria de la salud del comportamiento, servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas y servicios de hospitalización parcial.<br><br>Si vive en los <i>condados de Macomb o Wayne</i> , el PIHP brinda estos beneficios. Comuníquese con el PIHP para obtener más información. | \$0        |
| Los servicios de la salud del comportamiento de especialidad pueden ser brindados por los Planes de Seguro Médico Prepago de Michigan (PIHP). Ellos son, entre otros, la atención hospitalaria de la salud del comportamiento, los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas y servicios de hospitalización parcial.                                             | \$0        |
| Los servicios de transición a la comunidad (CTS) se brindan a través de MDHHS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0        |
| Algunos servicios para enfermos terminales están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0        |



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

---

## E. Servicios que AmeriHealth Caritas VIP Care, Medicare y Michigan Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de esta página o a los números que figuran a pie de página de este documento para obtener información sobre otros servicios excluidos.

| Servicios que AmeriHealth Caritas VIP Care, Medicare y Michigan Medicaid no cubren                                                                                                                                                                                                                                     |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte malformada del cuerpo. Sin embargo, el plan cubrirá los gastos de reconstrucción de un seno tras una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que tengan el mismo aspecto. | Sin cobertura |
| Servicios de naturópata (el uso de servicios naturales o alternativos).                                                                                                                                                                                                                                                | Sin cobertura |
| Procedimientos para la vista como la queratotomía radial y la cirugía LASIK.                                                                                                                                                                                                                                           | Sin cobertura |

---

## F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercerlos sin sufrir ninguna penalización. También puede hacer uso de estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el *Manual del Miembro*. Estos son algunos de sus derechos:

- **Tiene derecho al respeto, la igualdad y la dignidad.** Esto incluye los siguientes derechos:
  - Obtener servicios cubiertos sin preocuparse por su afección, estado de salud, recepción de servicios de salud, historial de reclamos, historial médico, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) de forma gratuita.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión

- **Usted tiene derecho a recibir información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre su tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a recibir información sobre:

- La descripción de los servicios que cubrimos
- Cómo obtener los servicios
- Cuánto le costarán los servicios
- Los nombres de los proveedores médicos y del administrador de atención

- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a rechazar el tratamiento.**

Esto incluye los siguientes derechos:

- Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento del año
- Atenderse con un proveedor de la salud de la mujer sin una derivación
- Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
- Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar cuánto cuestan o si están o no cubiertas
- Rechazar el tratamiento, incluso si su médico le aconseja no rechazarlo
- Dejar de tomar la medicación, incluso si su médico le aconseja no dejarla
- Pedir una segunda opinión. AmeriHealth Caritas VIP Care pagará el costo de la visita para solicitar una segunda opinión
- Hacer conocer sus deseos relativos a la atención médica en una última voluntad médica

- **Usted tiene derecho a acceder oportunamente a una atención que no presente barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye los siguientes derechos:

- Recibir atención médica de manera oportuna
- Poder entrar y salir del consultorio de un proveedor médico. Esto significa un acceso sin obstáculos para personas con discapacidades de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades
- Contar con intérpretes para ayudarle en la comunicación con sus proveedores de atención médica y con el plan médico

- **Tiene derecho a buscar atención médica de emergencia y de urgencia cuando la necesite.**

Esto significa que usted tiene estos derechos:

- Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en caso de emergencia
- Usar un proveedor de atención médica de emergencia o urgencia fuera de la red cuando sea necesario

---

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



- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye los siguientes derechos:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que pueda comprender y pedir que sus registros médicos se cambien o corrijan
  - Tener su información personal de salud protegida de manera confidencial
  - Tener privacidad durante el tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar una queja sobre la atención o los servicios cubiertos.** Esto incluye los siguientes derechos:
  - Presentar una queja o una queja formal en contra de nosotros o nuestros proveedores.
  - Solicitar una Audiencia Justa Estatal
  - Recibir la explicación detallada del motivo de negación de servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del Miembro*. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care a los números que figuran a pie de página de este documento.

También puede llamar al Defensor del Pueblo especial para personas que tienen Medicare y Medicaid al 1-888-746-6456 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o a la Oficina del Defensor del Pueblo de Medicaid al 1-888-746-6456 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

---

## G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene alguna queja o cree que AmeriHealth Caritas VIP Care debería cubrir algo que le hemos denegado, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran a pie de página de este documento. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro*. También puede llamar a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care a los números que figuran a pie de página de este documento.

Si desea comunicarse con AmeriHealth Caritas VIP Care debido a una queja, queja formal o apelación, escríbanos o llámenos:

AmeriHealth Caritas VIP Care  
Attn: Appeals Department  
P.O. Box 80109  
London, KY 40742-0109

AmeriHealth Caritas VIP Care  
Atención: Grievances and Complaints Department  
P.O. Box 7140,  
London, KY 40742-7140

Teléfono: **1-844-964-4433 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

---

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



---

## H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de las organizaciones y los profesionales de la salud que brindan servicios son honestos. Lamentablemente, puede haber algunos que no lo sean.

Si usted considera que un médico, un hospital u otra farmacia proceden de forma incorrecta, le solicitamos que se ponga en contacto con nosotros.

- Llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. Los números de teléfono están a pie de página en este documento.
- O bien, llame al Centro de Atención al Cliente de Medicaid al 1-800-975-7630. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-501-5656.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo.
- O comuníquese con la División de Fraudes en la Atención Médica de la Fiscalía General de Michigan mediante la línea directa al (800) 24-ABUSE [800-242-2873], por correo electrónico a [hcf@michigan.gov](mailto:hcf@michigan.gov) o mediante el formulario de denuncia de fraude a Medicaid de Michigan que se encuentra en [secure.ag.state.mi.us/complaints/medicaid.aspx](https://secure.ag.state.mi.us/complaints/medicaid.aspx).



**Si tiene preguntas generales o preguntas sobre el plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de ID de miembros, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care:**

**1-844-964-4433**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Es posible que luego del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales le soliciten que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

Servicios al Miembro también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablen inglés.

**711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

**Si necesita atención inmediata de la salud del comportamiento, llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento.**

**Condado de Macomb: 1-586-307-9100 (TTY 711)**

**Condado de Wayne: 1-800-241-4949 (TTY 711)**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

AmeriHealth Caritas VIP Care también tienen servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.

**711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es posible que luego del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales le soliciten que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

---

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





[www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi](http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi)

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