



AmeriHealth *Caritas*

VIP Care Choice

Resumen de beneficios 2026



Delaware (DE02)

Área de servicio: condados de
Kent, New Castle y Sussex.

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicítenos la *Evidencia de cobertura* (EOC) o visítenos en www.amerhealthcaritasvipcare.com/de.

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

Para inscribirse en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y estar inscrito en el programa de Asistencia Médica de Delaware. Usted debe cumplir con los requisitos para Asistencia Médica en una de las siguientes categorías de ayuda:

- Beneficiarios de Medicare calificados (QMB).
- Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB).
- Personas calificadas (QI).
- Personas calificadas con discapacidad y empleo (QDWI).

Usted debe vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Delaware: **Kent, New Castle o Sussex.**

Si es un miembro potencial y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al **1-800-447-2739 (TTY 711)**.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

- AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios cubiertos si acude a un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, que incluye el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Por lo general, usted debe usar farmacias de la red para surtir recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Puede ver nuestros Directorios de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web, www.amerihealthcaritasvipcare.com/de.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los Directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

- Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare... y más.
 - Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
 - Además, obtienen más de lo que se encuentra cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.
- Cubrimos medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos medicamentos de la Parte B como quimioterapia y algunos medicamentos que administra su proveedor.
 - Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos bajo receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web, www.amerihealthcaritasvipcare.com/de.
 - También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa todos los medicamentos en uno de seis niveles. El costo de sus medicamentos dependerá del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba y del nivel en el que se encuentren.

Prima del plan, deducible, y gasto máximo de bolsillo (MOOP)



Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar en función de su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o del nivel de Ayuda Adicional que reciba

* IMPORTANTE: Si recibe asistencia de Medicaid o "Ayuda Adicional", es posible que pague menos que los montos de costo compartido y la prima que se indican en este documento. Si su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Adicional cambian, su costo compartido puede aumentar o disminuir. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener información adicional sobre los beneficios.	
Prima mensual del plan	Usted paga \$0-\$31.20 * (Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero.)
Deducible	Este plan no tiene deducibles.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	En este plan, es posible que usted no pague nada para recibir servicios cubiertos por Medicare en base a su nivel de elegibilidad para Medicaid. Sus límites anuales en este plan: \$7,550 para los servicios que recibe de proveedores de la red. Si usted alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos la totalidad del costo por el resto del año.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos



Cobertura hospitalaria

Cobertura de hospitalización	\$0-\$1,500 de copago* por admisión <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria ambulatoria	0-20% de coseguro* Incluye servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	0-20% de coseguro* <i>Puede requerirse autorización previa.</i>



Visitas al médico

Visitas al médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	• Visita al proveedor de atención primaria (PCP): 0% de coseguro por visita • Visita anual de rutina: \$0 de copago por visita • Atención de especialistas: 0-20% de coseguro*
---	---



Servicios preventivos

Cualquier otro servicio preventivo que Medicare apruebe durante el año de contrato tendrá cobertura.

Atención preventiva	0% de coseguro
	• Examen para la detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por abuso de alcohol • Densitometría ósea • Examen para la detección del cáncer de seno (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes cardiovasculares • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible) • Pruebas de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes • Programas de educación para la salud y el bienestar • Prueba de detección del VIH • Prueba de detección de cáncer de pulmón • Terapia de nutrición médica • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) • Exámenes médicos y asesoramiento para personas con obesidad • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco): – Cuatro visitas adicionales presenciales al PCP por año para dejar de fumar/usar tabaco • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, hepatitis B, neumococo, COVID-19 • Cuidado de la vista • Visita preventiva de Bienvenido a Medicare (única vez)



Atención de urgencia y de emergencia

Atención de emergencia	\$0-\$115 de copago* La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es la misma que para dichos servicios dentro de la red.
Servicios de urgencia	\$0-\$40 de copago* Incluyen los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es una emergencia, y que requiere atención médica inmediata. La participación en los costos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que los servicios que se brindan dentro de la red.



Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (incluyen las pruebas y procedimientos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, diagnóstico por radiología y radiografías)	0-20% de coseguro* Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Pruebas y procedimientos de diagnóstico. • Pruebas de laboratorio. • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía computarizada [CT] y tomografía por emisión de positrones [PET]) • Radiografías para pacientes ambulatorios. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>
---	---



Servicios para la audición

Servicios de audiología	• \$0 de copago por hasta un examen de la audición de rutina cada año. • \$0 de copago por hasta un año de visitas de seguimiento al proveedor para ajustes y adaptaciones, cada tres años. \$1,200 de asignación para el costo de dos audífonos estándar no implantables de marca TruHearing cada tres años. • Hasta 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años, hasta alcanzar la asignación de \$1200, combinada con los audífonos. Cada compra de audífonos de la marca TruHearing® incluye un año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación y los ajustes. Estas visitas están disponibles durante los 12 meses posteriores a la compra de un audífono marca TruHearing® mientras esté inscrito en el plan.
--------------------------------	--



Servicios odontológicos

Servicios odontológicos	Cubrimos los siguientes servicios: Preventivos: • Exámenes bucales: uno cada seis meses: \$0 de copago • Limpieza: una cada seis meses: \$0 de copago • Tratamiento con flúor: uno cada seis meses: \$0 de copago • Radiografías dentales: una cada cinco años (la frecuencia varía según los servicios): \$0 de copago
Servicios odontológicos	Integrales: • Restauraciones menores (empastes). • Extracciones simples y quirúrgicas. • Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años). • Reparación y alineación de dentaduras postizas. • Cirugía bucal. • Periodoncia/endodoncia. • Coronas. • Mini implantes. \$2,000 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales complementarios cada año. <i>En algunos servicios odontológicos integrales pueden aplicarse autorización previa y límites. Usted es responsable de los montos que superen el límite de beneficio.</i>



Servicios para la vista

Servicios para la vista	• 0-20% de coseguro para el diagnóstico y el tratamiento cubiertos por Medicare de enfermedades y afecciones del ojo. • \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina cada año. • Hasta \$200 cada año a cuenta de anteojos o lentes de contacto. El monto del beneficio (asignación) debe utilizarse para pagar servicios para la vista prestados por un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red. Usted es responsable de los montos que superen el límite de beneficio.
-------------------------	---



Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	• Visita a pacientes hospitalizados. Días 1-5: \$350 de copago* por admisión Días 6-90: \$0 de copago • Visita ambulatoria a terapia de grupo: 0% de coseguro • Visita ambulatoria a terapia individual: \$0 de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
---------------------------	---



Centro de enfermería especializada (SNF) y terapia

Centro de enfermería especializada (SNF)	Días 1-20: \$0 de copago Días 21-100: 0-\$218 de copago* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por admisión. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla	0-20% de coseguro* <i>Se requiere autorización previa.</i>



Ambulancia y transporte no de emergencia

Ambulancia	0-20% de coseguro Puede requerirse autorización previa.
Transporte	\$0 de copago • 24 viajes de ida al año a lugares aprobados en el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital. Puede consistir en un servicio de automóvil, minibús o camioneta, dependiendo de lo que sea más adecuado para la situación y las necesidades del miembro). Límite de 50 millas por trayecto de viaje.



Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos de la Parte B de Medicare	0-20% de coseguro • Medicamentos de quimioterapia. • Otros medicamentos de la Parte B. <i>Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán autorización previa y tienen un coseguro del 20% (hasta que usted alcance el límite MOOP). Las marcas preferidas tienen un copago de \$0.</i>
--	---

Medicamentos bajo receta de la Parte D



AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cubre una amplia gama de medicamentos bajo receta. Pueden incluir medicamentos que toma cada día para mejorar su salud y su bienestar.

*IMPORTANTE: Si recibe asistencia de Medicaid o "Ayuda Adicional", es posible que pague menos que los montos de costo compartido que se indican en este documento. Si su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Adicional cambian, su costo compartido puede aumentar o disminuir. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener información adicional sobre los beneficios.	
Etapa de deducible anual	\$615 para los niveles 1-5. - Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare, su deducible es \$0. - El deducible no aplica al nivel 6.
Etapa de cobertura inicial	- Niveles 1-5: 0-25% de coseguro - Nivel 6: \$0 de copago - Puede obtener un suministro de medicamentos de hasta 100 días en una farmacia minorista y un suministro de medicamentos para 61-100 días usando una receta médica de pedido por correo.
Etapa de cobertura catastrófica	\$0 de copago por receta médica

Para encontrar qué farmacias están disponibles en su red, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/de



Beneficios adicionales cubiertos

Beneficio de fitness	\$0 de copago SilverSneakers® es un beneficio de fitness sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers®.
Atención médica domiciliaria	\$0 de copago <i>Se requiere autorización previa.</i>
Beneficio de comidas posteriores al alta	\$0 de copago El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en una semana para miembros confinados en sus hogares que cumplan los requisitos cada vez que reciban el alta de un centro de hospitalización o un establecimiento de enfermería especializada. Hasta cuatro veces al año. <i>Se requiere referencia médica.</i>



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

Equipos/suministros médicos	0-20% de coseguro* • Equipos médicos duraderos (por ej., sillas de ruedas y oxígeno). • Prótesis (por ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias). <i>Se requiere autorización previa para:</i> • Los artículos de DME cubiertos por Medicare mayores a \$750 por compra. • Los artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo. • Suplementos para alimentación enteral. • Suministros para diabéticos no preferidos y monitores continuos de glucosa (se aplicará un coseguro del 20%)
Servicios del programa de tratamiento de opioides	0-20% de coseguro • Asesoramiento por consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.
Rehabilitación ambulatoria	0-20% de coseguro • Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón). • Visita de terapia ocupacional. • Visita de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje. <i>Se requiere autorización previa.</i>



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

Artículos de venta libre (OTC)	\$0 costo \$45 por mes para gastar en elementos de venta libre elegibles como vitaminas, analgésicos, remedios para el resfrío y otros. Los fondos se cargan cada mes en una tarjeta de débito emitida por el plan. • Puede comprar a través del catálogo de venta libre (OTC) o en comercios minoristas de la red • No hay límite en el total de artículos o pedidos • Todo saldo no utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan
Servicios de podología	\$0 de copago Nueve visitas de cuidado de los pies de rutina por año.
Emergencia internacional/cobertura de urgencia	\$0 de copago \$50,000 de monto de beneficio anual máximo combinado de cobertura de emergencia internacional, cobertura de urgencia internacional, y servicios de transporte internacional de emergencia.

El DMAP paga los siguientes servicios para los miembros de Medicaid que reúnen los requisitos por categoría. Algunos de estos servicios tienen límites.

Beneficios
Servicios de hospitalización
Servicios hospitalarios y clínicos ambulatorios
Servicios de centros de salud federales, incluidos centros de salud comunitarios, urbanos y para migrantes
Servicios de laboratorio y radiografías
Servicios de atención médica a domicilio
Servicios de centros de cuidado a largo plazo
Exámenes médicos preventivos periódicos y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para menores de veintiún años (Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento - EPSDT).
Servicios de planificación familiar (incluida la esterilización voluntaria si el formulario de consentimiento se firma después de que el paciente cumpla veintiún años).
Servicios de médicos, enfermeras parteras y enfermeras practicantes certificadas.
Servicios farmacéuticos
Servicios de podiatría
Servicios de optometría/óptica
Servicios de transporte
Enfermería privada
Servicios para enfermos terminales
Servicios ampliados para mujeres embarazadas con el fin de garantizar que reciban el apoyo médico y social necesario que influirá positivamente en el resultado de sus embarazos.

Beneficios
Servicios de apoyo comunitario para personas mayores, discapacitadas, con discapacidad intelectual y con VIH/SIDA, enfocados en ofrecer alternativas a la institucionalización.
Equipos y suministros médicos duraderos
Servicios de agencias de rehabilitación Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios
Servicios de centros de diálisis Servicios pediátricos extendidos prescritos
Servicios preventivos
El DMAP cubrirá las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) para los servicios preventivos a los que se ha asignado una calificación de A o B
Servicios de telemedicina
Dejar el tabaco: asesoramiento y farmacoterapia
Servicios quiroprácticos
Servicios de asesoramiento sobre lactancia
Trastorno de disforia de género, consulte el Manual de políticas para proveedores médicos
Evaluación nutricional, asesoramiento, educación y terapia del comportamiento intensiva para el tratamiento de la obesidad
Recomendaciones de terapia del comportamiento intensiva para miembros adultos con un diagnóstico que cumpla los requisitos y un IMC superior a (>) 30, con no menos de 12 visitas
Recomendaciones de terapia del comportamiento intensiva para adultos con uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y un IMC superior a (>) 25, con no menos de 6 horas de contacto.

Para más información, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care Choice:

- **¿Aún no es miembro?**
Llámenos al 1-800-447-2739 (TTY 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- **¿Ya es miembro?**
Llámenos al 1-833-467-3302 (TTY 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- Visite nuestro sitio web en **www.amerihealthcaritasvipcare.com/de**.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *Medicare y usted*. Véalo en línea en www.medicare.gov/ u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-467-3302 (TTY 711) en el horario indicado más arriba para obtener más información.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice es un plan HMO-DSNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Delaware. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice depende de la renovación del contrato.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio. Llame al 1-833-467-3302 (TTY 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

125016



www.amerihealthcaritasvipcare.com/de

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