



AmeriHealth Caritas

VIP Care

Resumen de beneficios para 2026



Florida (FL01)

Área de servicio: condados de Palm Beach, Broward y Miami-Dade.

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

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

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

- Beneficiario calificado de Medicare Plus (**QMB+**).
- Beneficiario calificado de Medicare (**QMB**).
- Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados Plus (**SLMB+**).
- Doble elegibilidad con beneficios completos (**FBDE**).

Usted debe vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida: Palm Beach, Broward o Miami-Dade.

Si es un miembro potencial y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al 1-800-858-1487 (TTY 711).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

- AmeriHealth Caritas VIP Care 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, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Miembro o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, que incluye el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Por lo general, usted debe usar farmacias de la red para surtir recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Puede ver nuestros Directorios de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web, www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los Directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

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

Prima del plan, deducible, y gastos máximos 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

Prima mensual del plan	<p>Usted paga \$0</p> <p>(Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero.)</p>
Deducible	<p>Este plan no tiene un deducible.</p>
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo	<p>En este plan, es posible que usted no pague nada por recibir servicios cubiertos por Medicare en base a su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Sus límites anuales en este plan: \$9,250 para servicios recibidos por parte de proveedores de la red.</p> <p>Si usted alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos la totalidad del costo por el resto del año.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.



Cobertura hospitalaria

<p>Hospitalización Cobertura</p>	<p>\$0 de copago por admisión</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Hospital para pacientes ambulatorios Cobertura</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Incluye servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p><i>No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización.</i></p>
<p>Servicios en centro de cirugía ambulatoria (ASC)</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Puede exigirse autorización previa.</i></p>



Visitas al médico

<p>Visitas al médico (Proveedor de atención primaria y especialistas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al proveedor de atención primaria (PCP): \$0 de copago por visita • Visita anual de rutina: \$0 de copago por visita • Atención médica de especialista: \$0 de copago por visita
---	--



Preventivos

Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.

Atención médica preventiva	\$0 de copago	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por abuso de alcohol • Densitometría ósea • Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección cardiovascular • Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal • Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Capacitación en autocontrol de la diabetes • Servicios y suministros para diabéticos • Programas de educación para la salud y el bienestar • Prueba de detección del VIH • Prueba de detección de cáncer de pulmón 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de nutrición médica • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) • Pruebas de detección de la obesidad y asesoramiento • Prueba de detección del cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de enfermedades 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/otros productos de tabaco • Vacunas, incluidas las de la gripe, hepatitis b, antineumocócica, COVID-19 • Cuidado de la vista • Visita preventiva "Bienvenido a Medicaid" (una vez)



Atención de urgencia y de emergencia

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



Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio e imágenes (incluidas pruebas y procedimientos de diagnóstico, laboratorio, radiología de diagnóstico y radiografías)</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Estos son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico. • Pruebas de laboratorio. • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía computarizada [CT] y tomografía por emisión de positrones [PET]) • Radiografías para pacientes ambulatorios. <p><i>Puede exigirse autorización previa.</i></p>
---	---



Servicios de audiolología

<p>Servicios de audiolología</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por hasta un examen de la audición de rutina cada año. • \$2,000 de asignación para dos audífonos Advanced de la marca TruHearing no implantables cada año (límite de un audífono por oído). <p>La asignación cubre el costo de dos [2] audífonos Advanced de la marca TruHearing no implantables cada año (límite de 1 audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes. * Usted debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas de seguimiento con el proveedor durante los primeros 12 meses - Un período de prueba de 60 días - Una garantía extendida de 3 años - 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: Audífonos de venta libre (OTC), moldes de oídos, accesorios para audífonos, visitas adicionales al proveedor, baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable, audífonos que no sean de la marca TruHearing Advanced Aids, costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daños.</p> <p>Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. * Los costos restantes se refieren a cualquier monto que exceda su asignación.</p> <p>Servicios no cubiertos bajo ninguna condición: audífonos y visitas al proveedor para el mantenimiento de audífonos (excepto lo descrito específicamente en los beneficios cubiertos), audífonos de venta libre (OTC), moldes de oídos, accesorios para audífonos, tarifas por reclamos de garantía y baterías para audífonos (más allá de las 80 baterías sin cargo por cada audífono no recargable comprado).</p>
----------------------------------	---



Servicios odontológicos


<p>Servicios odontológicos</p>	<p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <p>Preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales Uno cada seis meses: \$0 de copago • Limpieza. Una cada seis meses: \$0 de copago • Tratamiento con flúor. Uno cada seis meses: \$0 de copago • Radiografías odontológicas. Una cada cinco años (la frecuencia varía según el servicio): \$0 de copago <p>Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>\$2,500 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales complementarios cada año.</p> <p><i>En algunos servicios odontológicos integrales pueden corresponder autorizaciones previas y límites. Usted es responsable de los montos que superen los límites de beneficio.</i></p>
--------------------------------	---

 Servicios para la vista

Servicios para la vista	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para el diagnóstico y el tratamiento cubiertos por Medicare de enfermedades y afecciones del ojo. • \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina cada año. • Hasta \$415 cada año a cuenta de anteojos o lentes de contacto.
-------------------------	--

 Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita a pacientes hospitalizados. • Visita ambulatoria a terapia de grupo. • Visita ambulatoria a terapia individual.
---------------------------	--

 Centro de enfermería especializada (SNF) y terapia

Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>\$0 de copago</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por admisión. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Fisioterapia	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Terapia del habla <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>



Ambulancia y transporte no de emergencia

Ambulancia	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p>
Transporte	<p>\$0 de copago</p> <p>Viajes de ida ilimitados por año hasta sitios aprobados por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital. Puede consistir de un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación y las necesidades del miembro).</p> <p><i>Los viajes se deben programar con un mínimo de un día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales. Pueden aplicarse límites de distancia.</i></p>



Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia preferidos. • Otros medicamentos preferidos de la Parte B. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>Se aplicará un coseguro del 20% a la quimioterapia no preferida y a otros medicamentos no preferidos de la Parte B.</i></p>
--	--

Medicamentos bajo receta de la Parte D



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

<p>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.</p>	
Etapa de deducible anual	<p>\$615 para los niveles 1-5, solo si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare, su deducible es \$0. El deducible no se aplica al nivel 6.</p>
Etapa de cobertura inicial	<p>- Niveles 1-5: 0-25% de coseguro - Nivel 6: \$0 de copago - Puede obtener un suministro de 30, 60 o hasta 100 días de medicamentos en una farmacia minorista y un suministro de 61 a 100 días de medicamentos usando recetas de pedidos por correo.</p>
Etapa de cobertura catastrófica	<p>\$0 de copago por receta</p>

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

Beneficios adicionales cubiertos



<p>Acupuntura</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropráctica de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año.</p>
<p>Visitas adicionales para dejar de fumar y usar tabaco</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cuatro visitas adicionales presenciales al proveedor de atención primaria por año para dejar de fumar cigarrillos y otros productos de tabaco. Esto se suma a las ocho visitas cubiertas por Medicare, con un total de 12 visitas en un período de 12 meses.</p>
<p>Cuidado quiropráctico</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Hasta un total combinado de 20 sesiones de acupuntura y quiropráctica de rutina (no Medicare) médicamente necesarias al año.</p>
<p>Beneficio de fitness</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>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®.</p>



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

<p>Atención médica domiciliaria</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Estos son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (Para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos e insumos médicos <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Beneficio de comidas posteriores al alta</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en una semana para miembros confinados en sus hogares que cumplan los requisitos cada vez que reciban el alta de un centro de hospitalización o un establecimiento de enfermería especializada. Hasta cuatro veces al año.</p> <p><i>Se requiere referencia médica.</i></p>



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

Equipos/suministros médicos	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ej., sillas de ruedas y oxígeno). • Prótesis (por ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias). <p><i>Se requiere autorización previa para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de DME cubiertos por Medicare mayores a \$750 por compra. • Artículos en alquiler y alquiler con opción a compra. • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios (componentes) correspondientes sin importar el costo por artículo. • Suplementos de alimentación enteral. • Suministros no preferidos para diabéticos y monitores continuos de glucosa (se aplicará un coseguro del 20%)
Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.
Rehabilitación ambulatoria	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón). • Fisioterapia. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p>\$80 al mes para gastar en artículos de venta libre elegibles, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado y mucho más. Los fondos se cargan cada mes en una tarjeta de débito emitida por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede 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 utilicen expirarán automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>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 accesorio activado por móvil. El beneficio se limita a un dispositivo por año.</p>
<p>Servicios de podología</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>12 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.</p>



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

<p>SSBCI</p>	<p><u>SSBCI</u> Si usted reúne los requisitos para el SSBCI, recibirá un crédito mensual de \$105 para ayudarle con los gastos diarios. Este crédito se puede utilizar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables • Ayudas generales para la vida cotidiana (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) <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> <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. 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>
--------------	--



Beneficios cubiertos adicionales (continuación)...

<p>Telemedicina</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Ofrecemos a todos los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días a la semana durante todo el año a un médico de la red a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros pueden realizar inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.</p>
<p>Emergencia internacional/cobertura de urgencia</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Monto de beneficio anual máximo combinado de \$50,000 de cobertura de emergencia internacional, cobertura de urgencia internacional, y servicios de transporte</p>
<p>Línea de enfermería 24/7</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>La Línea de enfermería 24/7 es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de atención.</p>

Servicios cubiertos por Florida Medicaid y exenciones HCBS

La siguiente lista ofrece una descripción general de lo que está cubierto. Para más información, visite este enlace:

<https://ahca.myflorida.com/medicaid/medicaid-policy-quality-and-operations/medicaid-policy-and-quality/medicaid-policy/florida-medicaid-s-covered-services-and-hcbs-waivers>

Servicios cubiertos

- Servicios para las alergias
- Centro de cirugía ambulatoria
- Servicios de anestesia
- Servicios de atención asistida
- Análisis del comportamiento
- Servicios complementarios de salud del comportamiento
- Centro de maternidad y servicios de partera
- Servicios cardiovasculares
- Programa Escolar Certificado
- Programa Certificado de Cofinanciamiento del Condado para Tratamiento de Adicciones
- Servicios quiroprácticos
- Servicios comunitarios de la salud del comportamiento
- Servicios del Departamento de Salud del Condado (CHD)
- Servicios odontológicos
- Servicios de diálisis
- Equipo médico duradero (DME) e insumos médicos
- Servicios de intervención temprana
- Servicios de evaluación y tratamiento
- Servicios de exención de planificación familiar

- Servicios en centros médicos con habilitación federal
- Servicios de gastroenterología
- Servicios de ginecología y urología
- Servicios para la audición
- Servicios médicos domiciliarios
- Servicios de atención para enfermos terminales
- Hospital: pacientes hospitalizados
- Hospital: pacientes ambulatorios
- Hospital: salud mental estatal
- Servicios dermatológicos
- Servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de atención médica en hogares sustitutos (MFC)
- Neurología
- Establecimiento de enfermería
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial
- Servicios de ortopedia
- Servicios de tratamiento del dolor
- Servicios de podología
- Servicios de medicamentos con receta
- Servicios de atención pediátrica prescrita ampliada (PPEC)
- Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE)
- Servicios de radiología y medicina nuclear
- Redireccionamientos
- Servicios de salud reproductiva

- Servicios para problemas respiratorios
- Servicios de centros médicos rurales
- Programas de servicios basados en la escuela: Programa del Departamento de Salud del Condado (CHD)
- Hogares sustitutos terapéuticos especializados
- Servicios del Programa Psiquiátrico Estatal para Pacientes Hospitalizados
- Gestión de casos específicos: salud infantil
- Gestión de casos específicos: niños con riesgo de abuso y negligencia
- Gestión de casos específicos: salud mental
- Servicios terapéuticos: ocupacionales
- Servicios terapéuticos: físicos
- Servicios terapéuticos: respiratorios
- Servicios terapéuticos: patología del habla y el lenguaje
- Servicios de trasplantes
- Transporte: emergencia
- Transporte: no emergencia
- Servicios de asistencia visual
- Servicios de atención de la vista

Exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

- Disautonomía familiar
- iBudget
- Atención a largo plazo
- Modelo

Para más información, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care:

- **¿Aún no es miembro?**
Llámenos al 1-800-858-1487 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- **¿Ya es miembro?**
Llámenos al 1-833-535-3767 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- Visite nuestro sitio web en **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**

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.

La información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-535-3767 (TTY 711) en el horario indicado más arriba para obtener más información.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Florida Medicaid. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care 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 1-833-535-3767 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

125024 (7/25)



www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

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