

2024

Resumen de beneficios

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024

- AmeriHealth Medicare Core PPO
- AmeriHealth Medicare Enhanced PPO
- AmeriHealth Medicare Secure PPO
- AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

En este cuadernillo, se ofrece un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumera cada servicio que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la *Constancia de cobertura* o ingrese en línea a amerihealthmedicare.com.

En este cuadernillo *Resumen de beneficios*, se ofrece un resumen de lo que cubren AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO, y lo que usted paga.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO son planes de Medicare Advantage Preferred Provider Organization (PPO, organización de proveedores preferidos). Con un plan PPO, los socios no tienen que elegir un primary care physician (PCP, médico de cuidados primarios) y pueden acudir a médicos dentro o fuera de la red del plan. Si los socios recurren a médicos, hospitales u otros proveedores de cuidados médicos fuera de la red, pagarán más por sus servicios.

Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare disponibles, solicite a los otros planes su cuadernillo *Resumen de beneficios*. O bien, puede utilizar el buscador de planes de Medicare en medicare.gov.

Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "Medicare y usted" actual. Consúltelo en línea en medicare.gov o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para solicitar una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Secciones de este cuadernillo

- Primas mensuales y costos de los planes
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados
- Otros beneficios médicos

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a un plan AmeriHealth Medicare PPO, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO son los condados de Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex y Ocean en New Jersey.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

Los planes AmeriHealth Medicare PPO tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted recurre a los proveedores que no están en nuestra red, se puede aplicar un costo compartido más alto. AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO tienen una

red de farmacias preferidas; los costos compartidos de los medicamentos pueden variar según la farmacia utilizada. Para consultar nuestra lista de proveedores y farmacias de la red (*Directorio de proveedores y farmacias*), visite **amerihealthmedicare.com**.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO cubren los medicamentos de Part D.

Además, los planes cubren los medicamentos de Part B, como los de quimioterapia y algunos otros medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver nuestro *Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)* del plan completo y las restricciones en nuestro sitio web: **amerihealthmedicare.com**.

Prima mensual del plan

AmeriHealth Medicare Core PPO	
Si vive en...	Y tiene...
	AmeriHealth Medicare Core PPO
	Usted paga...
Condados de Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex u Ocean	\$0
AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	
Si vive en...	Y tiene...
	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO
	Usted paga...
Condados de Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex u Ocean	\$37.30
AmeriHealth Medicare Secure PPO	
Si vive en...	Y tiene...
	AmeriHealth Medicare Secure PPO
	Usted paga...
Condados de Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex u Ocean	\$0
AmeriHealth Medicare Ultimate PPO	
Si vive en...	Y tiene...
	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
	Usted paga...
Condados de Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex u Ocean	\$0

Costos de los planes

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Deducible	Este plan no tiene un deducible para los servicios médicos cubiertos ni para los medicamentos recetados de Part D.
Devolución de la prima de Part B*	Este plan no incluye una devolución de la prima de Part B.
Monto Maximum Out-of-Pocket (MOOP, máximo de gastos de su bolsillo) (los montos que paga por su prima, los medicamentos recetados de Part D y algunos servicios médicos no se incluyen como parte del monto MOOP anual)	Dentro de la red: \$8,100 al año Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que aplican. Combinación dentro y fuera de la red: \$11,300 al año.

*La devolución de la prima de Part B está establecida por Medicare y administrada por la Social Security Administration (SSA, Administración de Seguro Social). Los socios que pagan su propia prima de Part B son elegibles para la devolución. El crédito mensual se aplica en el cheque de Social Security (Seguro Social) del socio o en el extracto de Medicare Part B, según cómo pague su prima de Part B. La tramitación de esta devolución puede tardar unos meses, por lo que el socio puede recibirla como una suma global.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Este plan no tiene un deducible para los servicios médicos cubiertos.</p> <p>Se aplica un deducible de \$300 a los medicamentos recetados de Part D en los niveles 3, 4 y 5.</p>	<p>Este plan no tiene un deducible para los servicios médicos cubiertos.</p> <p>Se aplica un deducible de \$200 a los medicamentos recetados de Part D en los niveles 3, 4 y 5.</p>	<p>Este plan no tiene un deducible para los servicios médicos cubiertos.</p> <p>Se aplica un deducible de \$545 a los medicamentos recetados de Part D en los niveles 3, 4 y 5.</p>
<p>Este plan no incluye una devolución de la prima de Part B.</p>	<p>Este plan descontará \$57 de su prima mensual de Part B.</p>	<p>Este plan descontará \$117 de su prima mensual de Part B.</p>
<p>Dentro de la red: \$6,000 al año</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red.</p> <p>Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que aplican.</p> <p>Combinación dentro y fuera de la red: \$9,550 al año.</p>	<p>Dentro de la red: \$7,550 al año</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red.</p> <p>Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que aplican.</p> <p>Combinación dentro y fuera de la red: \$11,300 al año.</p>	<p>Dentro de la red: \$8,850 al año</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red.</p> <p>Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que aplican.</p> <p>Combinación dentro y fuera de la red: \$11,300 al año.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Cobertura del hospital para pacientes internados (1)	<p>Dentro de la red: Copago de \$300 por día para los días 1 a 5 por admisión;</p> <p>copago de \$0 por día para el día 6 y los días siguientes por admisión;</p> <p>copago máximo de \$1,500 por admisión; no se cobra copago el día del alta; días ilimitados por período de beneficios</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (1)	<p>Dentro de la red: Copago de \$225</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>
Servicios ambulatorios de observación	<p>Dentro de la red: Copago de \$225 por visita</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>
Servicios de cirugía ambulatoria (1)	<p>Dentro de la red: Copago de \$225</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>
Visitas al consultorio del médico <ul style="list-style-type: none"> • Médico de cuidados primarios • Especialista 	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>

Los servicios marcados con un (1) pueden requerir autorización previa (únicamente dentro de la red).

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Dentro de la red: Copago de \$300 por día para los días 1 a 4 por admisión; copago de \$0 por día para el día 5 y los días siguientes por admisión; copago máximo de \$1,200 por admisión; no se cobra copago el día del alta; días ilimitados por período de beneficios</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 por admisión; copago de \$0 por día para el día 6 y los días siguientes por admisión; copago máximo de \$1,750 por admisión; no se cobra copago el día del alta; días ilimitados por período de beneficios</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$385 por día para los días 1 a 5 por admisión; copago de \$0 por día para el día 6 y los días siguientes por admisión; copago máximo de \$1,925 por admisión; no se cobra copago el día del alta; días ilimitados por período de beneficios</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$190 Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$300 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$350 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$190 por visita Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$300 por visita Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$350 por visita Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$190 Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$300 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$350 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$5 Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 40% de coseguro</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (continuación)

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Cuidado preventivo (1) (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 20% de coseguro Consulte la <i>Constancia de cobertura</i> para ver la lista completa de servicios. Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean de prevención, se aplicará un copago. El monto del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.
Cuidados de emergencia: cubiertos en todo el mundo El copago mundial fuera de EE. UU. no cuenta para el monto MOOP anual	Dentro y fuera de la red: Copago de \$100 No queda exento si se admite al paciente
Servicios que se necesitan de manera urgente: cubiertos en todo el mundo El copago mundial fuera de EE. UU. no cuenta para el monto MOOP anual	Dentro y fuera de la red: Copago de \$10 en una clínica en un establecimiento minorista No queda exento si se admite al paciente Copago de \$40 en un centro de cuidados de urgencia No queda exento si se admite al paciente Copago de \$100 por visita fuera de EE. UU. No queda exento si se admite al paciente

Los servicios marcados con un (1) pueden requerir autorización previa (únicamente dentro de la red).

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Consulte la <i>Constancia de cobertura</i> para ver la lista completa de servicios. Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean de prevención, se aplicará un copago. El monto del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Consulte la <i>Constancia de cobertura</i> para ver la lista completa de servicios. Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean de prevención, se aplicará un copago. El monto del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Consulte la <i>Constancia de cobertura</i> para ver la lista completa de servicios. Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean de prevención, se aplicará un copago. El monto del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>
<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$120</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$100</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$100</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>
<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$5 en una clínica en un establecimiento minorista</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$15 en una clínica en un establecimiento minorista</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$15 en una clínica en un establecimiento minorista</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>
<p>Copago de \$40 en un centro de cuidados de urgencia</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Copago de \$40 en un centro de cuidados de urgencia</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Copago de \$40 en un centro de cuidados de urgencia</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>
<p>Copago de \$120 por visita fuera de EE. UU.</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Copago de \$100 por visita fuera de EE. UU.</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>	<p>Copago de \$100 por visita fuera de EE. UU.</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (continuación)

AmeriHealth Medicare Core PPO

Servicios de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías

- **Servicios de radiología diagnóstica (1)**

Dentro de la red: Copago de \$0 para determinadas pruebas diagnósticas (p. ej., estudios del sueño en el hogar proporcionados por una agencia de cuidados de salud en el hogar; mamografía de diagnóstico como resultado de una mamografía de prevención)

Dentro de la red: Copago de \$20 o \$200 (según el servicio)

Fuera de la red: 20% de coseguro

- **Procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio de diagnóstico (1)**

Dentro de la red: Copago de \$0

Fuera de la red: 20% de coseguro

- **Radiografías para pacientes ambulatorios**

Dentro de la red: Copago de \$20 para servicios de radiología de rutina

Fuera de la red: 20% de coseguro

- **Radiología terapéutica (1)**
(terapia de radiación)

Dentro de la red: Copago de \$60

Fuera de la red: 20% de coseguro

- **Radiología terapéutica para el cáncer de mama**

Dentro de la red: Copago de \$0 para los socios con un diagnóstico de cáncer de mama

Fuera de la red: 20% de coseguro

Los servicios marcados con un (1) pueden requerir autorización previa (únicamente dentro de la red).

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para determinadas pruebas diagnósticas (p. ej., estudios del sueño en el hogar proporcionados por una agencia de cuidados de salud en el hogar; mamografía de diagnóstico como resultado de una mamografía de prevención)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para determinadas pruebas diagnósticas (p. ej., estudios del sueño en el hogar proporcionados por una agencia de cuidados de salud en el hogar; mamografía de diagnóstico como resultado de una mamografía de prevención)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para determinadas pruebas diagnósticas (p. ej., estudios del sueño en el hogar proporcionados por una agencia de cuidados de salud en el hogar; mamografía de diagnóstico como resultado de una mamografía de prevención)</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 o \$160 (según el servicio)</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 o \$275 (según el servicio)</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 o \$300 (según el servicio)</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 para servicios de radiología de rutina</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro para servicios de radiología de rutina</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 para servicios de radiología de rutina</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro para servicios de radiología de rutina</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 para servicios de radiología de rutina</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro para servicios de radiología de rutina</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$60</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$60</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$60</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para los socios con un diagnóstico de cáncer de mama</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para los socios con un diagnóstico de cáncer de mama</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para los socios con un diagnóstico de cáncer de mama</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>

**AmeriHealth Medicare
Enhanced PPO**

Dentro de la red: copago de \$5 para pruebas de audición cubiertas por Medicare

Fuera de la red: 20% de coseguro

Dentro y fuera de la red: No se cobra copago para las pruebas de audición de rutina no cubiertas por Medicare una vez al año

Dentro y fuera de la red: Copago de \$499 para un audífono digital avanzado, por aparato; o copago de \$799 para un audífono digital prémium, por aparato.

Las alternativas avanzadas y de alta gama incluyen la opción de un audífono recargable.

Ajustes de los audífonos y evaluaciones ilimitados por año; hasta dos audífonos al año, un audífono por oído.

Los servicios de atención auditiva de rutina y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®. Los servicios de atención auditiva de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

**AmeriHealth Medicare
Secure PPO**

Dentro de la red: Copago de \$40 para pruebas de audición cubiertas por Medicare

Fuera de la red: 40% de coseguro

Dentro y fuera de la red: No se cobra copago para las pruebas de audición de rutina no cubiertas por Medicare una vez al año

Dentro y fuera de la red: Copago de \$699 para un audífono digital avanzado, por aparato; o copago de \$999 para un audífono digital prémium, por aparato.

Las alternativas avanzadas y de alta gama incluyen la opción de un audífono recargable.

Ajustes de los audífonos y evaluaciones ilimitados por año; hasta dos audífonos al año, un audífono por oído.

Los servicios de atención auditiva de rutina y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®. Los servicios de atención auditiva de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

**AmeriHealth Medicare
Ultimate PPO**

Dentro de la red: Copago de \$50 para pruebas de audición cubiertas por Medicare

Fuera de la red: 40% de coseguro

Dentro y fuera de la red: No se cobra copago para las pruebas de audición de rutina no cubiertas por Medicare una vez al año

Dentro y fuera de la red: Copago de \$699 para un audífono digital avanzado, por aparato; o copago de \$999 para un audífono digital prémium, por aparato.

Las alternativas avanzadas y de alta gama incluyen la opción de un audífono recargable.

Ajustes de los audífonos y evaluaciones ilimitados por año; hasta dos audífonos al año, un audífono por oído.

Los servicios de atención auditiva de rutina y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®. Los servicios de atención auditiva de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (continuación)

	AmeriHealth Medicare Core PPO
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios dentales cubiertos por Medicare • Cuidado dental de rutina (incluye servicios dentales preventivos e integrales)	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 para servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$0 para servicios de pruebas, limpieza o flúor de rutina no cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para 1 serie de radiografías de mordida dental una vez por año</p> <p>1 radiografía periapical cada 3 años y 1 radiografía de toda la boca (panorámica) cada 3 años</p> <p>20% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia y extracciones</p> <p>40% de coseguro para prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios</p> <p>Fuera de la red: 80% de coseguro para servicios de pruebas, limpieza o flúor</p> <p>80% de coseguro para radiografías dentales</p> <p>80% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios</p> <p>Dentro y fuera de la red: Asignación de \$1,500 combinada del plan al año para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios</p> <p>El socio debe usar proveedores de Dominion Dental dentro de la red.</p> <p>Los servicios dentales integrales de rutina y no cubiertos por Medicare no cuentan para el monto MOOP anual.</p>

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Dentro de la red: Copago de \$5 para servicios dentales cubiertos por Medicare

Fuera de la red: 20% de coseguro para servicios dentales cubiertos por Medicare

Dentro de la red: Copago de \$0 para servicios de pruebas, limpieza o flúor de rutina no cubiertos por Medicare

Copago de \$0 para 1 serie de radiografías de mordida dental una vez por año, 1 radiografía periapical cada 3 años y 1 radiografía de toda la boca (panorámica) cada 3 años

20% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia y extracciones

40% de coseguro para prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios

Fuera de la red: 80% de coseguro para servicios de pruebas, limpieza o flúor

80% de coseguro para radiografías dentales

80% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios

Dentro y fuera de la red: Asignación de \$2,000 combinada del plan al año para servicios de reconstrucción dental, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios. El socio debe usar proveedores de Dominion Dental dentro de la red. Los servicios dentales integrales de rutina y no cubiertos por Medicare no cuentan para el monto MOOP anual.

AmeriHealth Medicare Secure PPO

Dentro de la red: Copago de \$40 para servicios dentales cubiertos por Medicare

Fuera de la red: 40% de coseguro para servicios dentales cubiertos por Medicare

Dentro de la red: Copago de \$0 para servicios de pruebas, limpieza o flúor de rutina no cubiertos por Medicare

Copago de \$0 para 1 serie de radiografías de mordida dental una vez por año, 1 radiografía periapical cada 3 años y 1 radiografía de toda la boca (panorámica) cada 3 años

20% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia y extracciones

40% de coseguro para prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios

Fuera de la red: 80% de coseguro para servicios de pruebas, limpieza o flúor

80% de coseguro para radiografías dentales

80% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios

Dentro y fuera de la red: Asignación de \$1,000 combinada del plan al año para servicios de reconstrucción dental, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios. El socio debe usar proveedores de Dominion Dental dentro de la red. Los servicios dentales integrales de rutina y no cubiertos por Medicare no cuentan para el monto MOOP anual.

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Dentro de la red: Copago de \$50 para servicios dentales cubiertos por Medicare

Fuera de la red: 40% de coseguro para servicios dentales cubiertos por Medicare

Dentro de la red: Copago de \$0 para servicios de pruebas, limpieza o flúor de rutina no cubiertos por Medicare

Copago de \$0 para 1 serie de radiografías de mordida dental una vez por año, 1 radiografía periapical cada 3 años y 1 radiografía de toda la boca (panorámica) cada 3 años

20% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia y extracciones

40% de coseguro para prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios

Fuera de la red: 80% de coseguro para servicios de pruebas, limpieza o flúor

80% de coseguro para radiografías dentales

80% de coseguro para servicios de reconstrucción, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios

Dentro y fuera de la red: Asignación de \$1,000 combinada del plan al año para servicios de reconstrucción dental, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales y otros servicios. El socio debe usar proveedores de Dominion Dental dentro de la red. Los servicios dentales integrales de rutina y no cubiertos por Medicare no cuentan para el monto MOOP anual.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (continuación)

AmeriHealth Medicare Core PPO

Servicios de la vista

- **Servicios de la vista cubiertos por Medicare**

- **Cuidados de la vista de rutina (incluye examen de rutina y los anteojos)**

Dentro de la red: Copago de \$20 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare; no se cobra copago para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare ni para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Fuera de la red: 20% de coseguro para exámenes de la vista cubiertos por Medicare, para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare y para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Dentro de la red: No se cobra copago para un examen de la vista de rutina al año; si se compran lentes de contacto o 1 par de armazones y lentes para anteojos de la colección de Davis Vision, estos tendrán cobertura completa cada año; asignación de \$200 cada año para los artículos de óptica (anteojos y lentes) comprados en Visionworks®; asignación de \$100 cada año para todos los otros artículos de óptica (armazones y lentes) comprados a través de un proveedor de la red de Davis Vision; asignación de \$100 cada año para lentes de contacto en vez de anteojos de rutina (armazones y lentes)

La cobertura de los artículos de óptica no incluye las opciones de lentes, como tintes, lentes progresivos, lentes Transitions®, pulido y seguro.

Fuera de la red: 80% de coseguro

Los servicios de la vista de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

Los artículos de óptica (armazones y lentes, o lentes de contacto) tienen un beneficio máximo combinado en el plan de \$100 dentro y fuera de la red, que se paga por año.

Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica un máximo combinado de hasta \$200 cuando se está dentro o fuera del área de servicio.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Dentro de la red: Copago de \$0-\$5 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare; no se cobra copago para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare ni para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Fuera de la red: 20% de coseguro para exámenes de la vista cubiertos por Medicare, para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare y para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Dentro de la red: No se cobra copago para un examen de la vista de rutina al año; si se compran lentes de contacto o 1 par de armazones y lentes para anteojos de la colección de Davis Vision, estos tendrán cobertura completa cada año; asignación de \$200 cada año para los artículos de óptica (anteojos y lentes) comprados en Visionworks®; asignación de \$100 cada año para todos los otros artículos de óptica (armazones y lentes) comprados a través de un proveedor de la red de Davis Vision; asignación de \$100 cada año para lentes de contacto en vez de anteojos de rutina (armazones y lentes)

La cobertura de los artículos de óptica no incluye las opciones de lentes, como tintes, lentes progresivos, lentes Transitions®, pulido y seguro.

Fuera de la red: 80% de coseguro
Los servicios de la vista de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

Los artículos de óptica (armazones y lentes, o lentes de contacto) tienen un beneficio máximo combinado en el plan de \$100 dentro y fuera de la red, que se paga por año.

Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica un máximo combinado de hasta \$200 cuando se está dentro o fuera del área de servicio.

AmeriHealth Medicare Secure PPO

Dentro de la red: Copago de \$0-\$40 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare; no se cobra copago para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare ni para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Fuera de la red: 40% de coseguro para exámenes de la vista cubiertos por Medicare, para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare y para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Dentro de la red: No se cobra copago para un examen de la vista de rutina al año; si se compran lentes de contacto o 1 par de armazones y lentes para anteojos de la colección de Davis Vision, estos tendrán cobertura completa cada año; asignación de \$200 cada año para los artículos de óptica (anteojos y lentes) comprados en Visionworks®; asignación de \$100 cada año para todos los otros artículos de óptica (armazones y lentes) comprados a través de un proveedor de la red de Davis Vision; asignación de \$100 cada año para lentes de contacto en vez de anteojos de rutina (armazones y lentes)

La cobertura de los artículos de óptica no incluye las opciones de lentes, como tintes, lentes progresivos, lentes Transitions®, pulido y seguro.

Fuera de la red: 80% de coseguro
Los servicios de la vista de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

Los artículos de óptica (armazones y lentes, o lentes de contacto) tienen un beneficio máximo combinado en el plan de \$100 dentro y fuera de la red, que se paga por año.

Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica un máximo combinado de hasta \$200 cuando se está dentro o fuera del área de servicio.

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Dentro de la red: Copago de \$0-\$50 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare; no se cobra copago para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare ni para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Fuera de la red: 40% de coseguro para exámenes de la vista cubiertos por Medicare, para exámenes de la vista para diabéticos o exámenes de la retina con pupila dilatada cubiertos por Medicare, para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare y para un par de anteojos o lentes de contacto comunes cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

Dentro de la red: No se cobra copago para un examen de la vista de rutina al año; si se compran lentes de contacto o 1 par de armazones y lentes para anteojos de la colección de Davis Vision, estos tendrán cobertura completa cada año; asignación de \$200 cada año para los artículos de óptica (anteojos y lentes) comprados en Visionworks®; asignación de \$100 cada año para todos los otros artículos de óptica (armazones y lentes) comprados a través de un proveedor de la red de Davis Vision; asignación de \$100 cada año para lentes de contacto en vez de anteojos de rutina (armazones y lentes)

La cobertura de los artículos de óptica no incluye las opciones de lentes, como tintes, lentes progresivos, lentes Transitions®, pulido y seguro.

Fuera de la red: 80% de coseguro
Los servicios de la vista de rutina no cuentan para el monto MOOP anual.

Los artículos de óptica (armazones y lentes, o lentes de contacto) tienen un beneficio máximo combinado en el plan de \$100 dentro y fuera de la red, que se paga por año.

Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica un máximo combinado de hasta \$200 cuando se está dentro o fuera del área de servicio.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (continuación)

	AmeriHealth Medicare Core PPO
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes internados (1) • Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (1) (grupales e individuales) • Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (grupales e individuales) • Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (1) 	<p>Dentro de la red: Copago de \$300 por día para los días 1-5 por admisión No se cobra copago para el día 6 y los días siguientes No se cobra copago el día del alta Copago máximo de \$1,500 por admisión Máximo de por vida de 190 días Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$40 por día Fuera de la red: 20% de coseguro</p>
<p>Centro de enfermería especializada (1)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por día para los días 1-20 Copago de \$203 por día para los días 21-100 Fuera de la red: 20% de coseguro por día para los días 1-100 100 días por período de beneficios</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios(1) (incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita Fuera de la red: 20% de coseguro por visita</p>

Los servicios marcados con un (1) pueden requerir autorización previa (únicamente dentro de la red).

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Dentro de la red: Copago de \$300 por día para los días 1-4 por admisión</p> <p>No se cobra copago para el día 5 y los días siguientes</p> <p>No se cobra copago el día del alta</p> <p>Copago máximo de \$1,200 por admisión</p> <p>Máximo de por vida de 190 días</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$350 por día para los días 1-5 por admisión</p> <p>No se cobra copago para el día 6 y los días siguientes</p> <p>No se cobra copago el día del alta</p> <p>Copago máximo de \$1,750 por admisión</p> <p>Máximo de por vida de 190 días</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$385 por día para los días 1-5 por admisión</p> <p>No se cobra copago para el día 6 y los días siguientes</p> <p>No se cobra copago el día del alta</p> <p>Copago máximo de \$1,925 por admisión</p> <p>Máximo de por vida de 190 días</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por sesión de terapia grupal; copago de \$30 por sesión de terapia individual</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por día</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por día</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por día</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por día para los días 1-20</p> <p>Copago de \$203 por día para los días 21-100</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro por día para los días 1-100</p> <p>100 días por período de beneficios</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por día para los días 1-20</p> <p>Copago de \$203 por día para los días 21-100</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro por día para los días 1-100</p> <p>100 días por período de beneficios</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por día para los días 1-20</p> <p>Copago de \$203 por día para los días 21-100</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro por día para los días 1-100</p> <p>100 días por período de beneficios</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro por visita</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$40 por visita</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro por visita</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (continuación)

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Ambulancia (1) (transporte terrestre o aéreo)	Dentro y fuera de la red: Copago de \$275 por viaje de ida No queda exento si se admite al paciente Los servicios de ambulancia que no son de emergencia requieren autorización previa
Servicios de transporte	Dentro de la red: Copago de \$0 24 viajes de ida por año (o 12 viajes de ida y vuelta) a centros médicos aprobados por el plan Los medios de transporte incluyen taxi, servicios de vehículo compartido, furgoneta, sedán médico y furgoneta para sillas de ruedas. Un máximo de 80 millas por viaje. Fuera de la red: Mismo beneficio ofrecido In-Network/Out-of-Network (INN/OON, dentro o fuera de la red); se debe coordinar a través de nuestro proveedor designado
Medicamentos de Medicare Part B (1) (terapia escalonada requerida para algunos de los medicamentos de Part B)	Dentro de la red: 0-20% de coseguro para los medicamentos de Part B, incluidos los medicamentos de quimioterapia Insulina de Part B: Copago de \$35 para suministro de 1 mes Para obtener una descripción de los tipos de medicamentos disponibles en Part B, consulte su <i>Constancia de cobertura</i> . Fuera de la red: 20% de coseguro

Los servicios marcados con un (1) pueden requerir autorización previa (únicamente dentro de la red).

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$250 por viaje de ida</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p> <p>Los servicios de ambulancia que no son de emergencia requieren autorización previa</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$300 por viaje de ida</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p> <p>Los servicios de ambulancia que no son de emergencia requieren autorización previa</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$320 por viaje de ida</p> <p>No queda exento si se admite al paciente</p> <p>Los servicios de ambulancia que no son de emergencia requieren autorización previa</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>24 viajes de ida por año (o 12 viajes de ida y vuelta) a centros médicos aprobados por el plan</p> <p>Los medios de transporte incluyen taxi, servicios de vehículo compartido, furgoneta, sedán médico y furgoneta para sillas de ruedas.</p> <p>Un máximo de 80 millas por viaje.</p> <p>Fuera de la red: Mismo beneficio ofrecido INN/OON; se debe coordinar a través de nuestro proveedor designado</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Dentro de la red: 0-20% de coseguro para los medicamentos de Part B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</p> <p>Insulina de Part B: Copago de \$35 para suministro de 1 mes</p> <p>Para obtener una descripción de los tipos de medicamentos disponibles en Part B, consulte su <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: 0-20% de coseguro para los medicamentos de Part B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</p> <p>Insulina de Part B: Copago de \$35 para suministro de 1 mes</p> <p>Para obtener una descripción de los tipos de medicamentos disponibles en Part B, consulte su <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: 0-20% de coseguro para los medicamentos de Part B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</p> <p>Insulina de Part B: Copago de \$35 para suministro de 1 mes</p> <p>Para obtener una descripción de los tipos de medicamentos disponibles en Part B, consulte su <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>

Beneficios de medicamentos recetados (Part D)

Los beneficios de medicamentos recetados de Part D están disponibles para los socios de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Beneficios de medicamentos recetados	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen los \$5,030. Los “costos anuales totales de medicamentos” son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan Part D.</p> <p>Puede surtir sus recetas en las farmacias minoristas de la red (preferidas o estándares) y en las farmacias de pedido por correo. Las recetas de nivel 1 y 2 (que incluyen la mayoría de los medicamentos genéricos) tendrán copagos más bajos cuando las surta en las farmacias preferidas o por pedido por correo.</p> <p>Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuándo pase a cada etapa de sus beneficios de Part D.</p> <p>Para obtener más información, consulte la <i>Constancia de cobertura</i> de AmeriHealth Medicare PPO.</p>

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Part D sin costo alguno para usted. Llame al Equipo de asistencia a socios para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costos compartidos en el que se encuentre.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen los \$5,030. Los "costos anuales totales de medicamentos" son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan Part D.

Puede surtir sus recetas en las farmacias minoristas de la red (preferidas o estándares) y en las farmacias de pedido por correo.

Las recetas de nivel 1 y 2 (que incluyen la mayoría de los medicamentos genéricos) tendrán copagos más bajos cuando las surta en las farmacias preferidas o por pedido por correo.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuándo pase a cada etapa de sus beneficios de Part D.

Para obtener más información, consulte la *Constancia de cobertura* de AmeriHealth Medicare PPO.

AmeriHealth Medicare Secure PPO

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen los \$5,030. Los "costos anuales totales de medicamentos" son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan Part D.

Puede surtir sus recetas en las farmacias minoristas de la red (preferidas o estándares) y en las farmacias de pedido por correo.

Las recetas de nivel 1 y 2 (que incluyen la mayoría de los medicamentos genéricos) tendrán copagos más bajos cuando las surta en las farmacias preferidas o por pedido por correo.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuándo pase a cada etapa de sus beneficios de Part D.

Para obtener más información, consulte la *Constancia de cobertura* de AmeriHealth Medicare PPO.

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen los \$5,030. Los "costos anuales totales de medicamentos" son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan Part D.

Puede surtir sus recetas en las farmacias minoristas de la red (preferidas o estándares) y en las farmacias de pedido por correo.

Las recetas de nivel 1 y 2 (que incluyen la mayoría de los medicamentos genéricos) tendrán copagos más bajos cuando las surta en las farmacias preferidas o por pedido por correo.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuándo pase a cada etapa de sus beneficios de Part D.

Para obtener más información, consulte la *Constancia de cobertura* de AmeriHealth Medicare PPO.

Beneficios de medicamentos recetados (Part D) (continuación)

Los beneficios de medicamentos recetados de Part D están disponibles para los socios de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

	AmeriHealth Medicare Core PPO		
Costos compartidos en establecimientos minoristas (lo que paga en una farmacia)	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)			
• Farmacia preferida	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
• Farmacia estándar	Copago de \$9	Copago de \$18	Copago de \$27
Nivel 2 (medicamentos genéricos)			
• Farmacia preferida	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16
• Farmacia estándar	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas)			
• Farmacia preferida	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141
• Farmacia estándar	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)			
• Farmacia preferida	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
• Farmacia estándar	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (medicamentos especializados)			
• Farmacia preferida	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
• Farmacia estándar	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Insulina cubierta*			
• Farmacia preferida	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105
• Farmacia estándar	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105

*Copago de \$35 por cada suministro de un mes de insulinas cubiertas durante todas las etapas de cobertura.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO			AmeriHealth Medicare Secure PPO			AmeriHealth Medicare Ultimate PPO		
Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Copago de \$9	Copago de \$18	Copago de \$27	Copago de \$9	Copago de \$18	Copago de \$27	Copago de \$9	Copago de \$18	Copago de \$27
Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16
Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141
Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$141
Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105
Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$105

Beneficios de medicamentos recetados (Part D) (continuación)

Los beneficios de medicamentos recetados de Part D están disponibles para los socios de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

	AmeriHealth Medicare Core PPO		
Costos compartidos en pedidos por correo (lo que paga cuando pide una receta por correo)	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16
Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas)	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200
Nivel 5 (medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Insulina cubierta*	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$70

*Copago de \$35 por cada suministro de un mes de insulinas cubiertas durante todas las etapas de cobertura. AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO participan en el Insulin Savings Program (Programa de Ahorro de Insulina) de Part D. Puede identificar las insulinas cubiertas que forman parte de este programa consultando el formulario del plan y buscando el ícono "PDSS". El beneficio de insulina de Part D es independiente del Insulin Savings Program de Part D, que incluye un subconjunto de las insulinas cubiertas en el beneficio de insulina de Part D.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO			AmeriHealth Medicare Secure PPO			AmeriHealth Medicare Ultimate PPO		
Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$16
Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$94	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$94	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$94
Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200
28% de coseguro	28% de coseguro	28% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$70

Beneficios de medicamentos recetados (Part D) (continuación)

Los beneficios de medicamentos recetados de Part D están disponibles para los socios de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Etapas de cobertura inicial	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del año. Permanecerá en esta etapa hasta que los "costos totales de medicamentos" (sus pagos más los del plan Part D) del año hasta la fecha alcancen un total de \$5,030.</p> <p>Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.</p>
Etapas de interrupción de la cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa de interrupción de la cobertura (también llamada "período sin cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que paga por sus medicamentos. La etapa de interrupción de la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$5,030.</p> <p>Después de entrar en la etapa de interrupción de la cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es cuando finaliza la etapa de interrupción de la cobertura. No todas las personas tendrán una etapa de interrupción de la cobertura.</p>

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.

Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del año. Permanecerá en esta etapa hasta que los "costos totales de medicamentos" (sus pagos más los del plan Part D) del año hasta la fecha alcancen un total de \$5,030.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa de interrupción de la cobertura (también llamada "período sin cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que paga por sus medicamentos. La etapa de interrupción de la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$5,030.

Después de entrar en la etapa de interrupción de la cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es cuando finaliza la etapa de interrupción de la cobertura. No todas las personas tendrán una etapa de interrupción de la cobertura.

AmeriHealth Medicare Secure PPO

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.

Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del año. Permanecerá en esta etapa hasta que los "costos totales de medicamentos" (sus pagos más los del plan Part D) del año hasta la fecha alcancen un total de \$5,030.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa de interrupción de la cobertura (también llamada "período sin cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que paga por sus medicamentos. La etapa de interrupción de la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$5,030.

Después de entrar en la etapa de interrupción de la cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es cuando finaliza la etapa de interrupción de la cobertura. No todas las personas tendrán una etapa de interrupción de la cobertura.

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.

Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del año. Permanecerá en esta etapa hasta que los "costos totales de medicamentos" (sus pagos más los del plan Part D) del año hasta la fecha alcancen un total de \$5,030.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa de interrupción de la cobertura (también llamada "período sin cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que paga por sus medicamentos. La etapa de interrupción de la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$5,030.

Después de entrar en la etapa de interrupción de la cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es cuando finaliza la etapa de interrupción de la cobertura. No todas las personas tendrán una etapa de interrupción de la cobertura.

Beneficios de medicamentos recetados (Part D) (continuación)

Los beneficios de medicamentos recetados de Part D están disponibles para los socios de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Etapa de cobertura catastrófica	<p>Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en la farmacia minorista y por pedidos por correo) alcancen los \$8,000, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ningún costo compartido

Otros beneficios médicos

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Artículos over-the-counter (OTC, de venta sin receta)	<p>Dentro y fuera de la red: Asignación de \$50 por trimestre para artículos OTC. La asignación no se traslada al trimestre siguiente si no se utiliza. Debe usar la tarjeta Care de AmeriHealth Medicare PPO para comprar artículos OTC en los establecimientos minoristas participantes. No se cubrirán los artículos comprados en otras farmacias o establecimientos minoristas. Debe usar InComm para comprar artículos OTC.</p> <p>Cada pedido no puede superar la asignación trimestral de \$50.</p> <p>Los costos de artículos OTC no cuentan para el monto MOOP anual.</p>

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en la farmacia minorista y por pedidos por correo) alcancen los \$8,000, usted paga:

- Ningún costo compartido

AmeriHealth Medicare Secure PPO

Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en la farmacia minorista y por pedidos por correo) alcancen los \$8,000, usted paga:

- Ningún costo compartido

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en la farmacia minorista y por pedidos por correo) alcancen los \$8,000, usted paga:

- Ningún costo compartido

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Dentro y fuera de la red:
Asignación de \$100 por trimestre para artículos OTC. La asignación no se traslada al trimestre siguiente si no se utiliza. Debe usar la tarjeta Care de AmeriHealth Medicare PPO para comprar artículos OTC en los establecimientos minoristas participantes. No se cubrirán los artículos comprados en otras farmacias o establecimientos minoristas. Debe usar InComm para comprar artículos OTC. Cada pedido no puede superar la asignación trimestral de \$100. Los costos de artículos OTC no cuentan para el monto MOOP anual.

AmeriHealth Medicare Secure PPO

Dentro y fuera de la red:
Asignación de \$30 por trimestre para artículos OTC. La asignación no se traslada al trimestre siguiente si no se utiliza. Debe usar la tarjeta Care de AmeriHealth Medicare PPO para comprar artículos OTC en los establecimientos minoristas participantes. No se cubrirán los artículos comprados en otras farmacias o establecimientos minoristas. Debe usar InComm para comprar artículos OTC. Cada pedido no puede superar la asignación trimestral de \$30. Los costos de artículos OTC no cuentan para el monto MOOP anual.

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Sin cobertura

**AmeriHealth Medicare
Enhanced PPO**

Dentro y fuera de la red:
Copago de \$0 por visitas al médico centradas en los cuidados de urgencia; copago de \$0 para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés y otras enfermedades. Copago de \$0 para visitas de dermatología centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones de la piel, como el eczema, la psoriasis, el acné y otras afecciones.

Acceso a la plataforma de Teladoc y ayuda para programar citas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los socios accederán a Teladoc a través de un teléfono gratuito, un chat de video seguro o a través de su sitio web o aplicación móvil seguros.

Dentro de la red: Copago de \$0 por visita al PCP; copago de \$5 por visita al especialista; copago de \$20 por visita de terapia física, ocupacional y del habla; copago de \$5 por visita a otro profesional de la salud

Fuera de la red: Sin cobertura

**AmeriHealth Medicare
Secure PPO**

Dentro y fuera de la red:
Copago de \$0 por visitas al médico centradas en los cuidados de urgencia; copago de \$0 para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés y otras enfermedades. Copago de \$0 para visitas de dermatología centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones de la piel, como el eczema, la psoriasis, el acné y otras afecciones.

Acceso a la plataforma de Teladoc y ayuda para programar citas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los socios accederán a Teladoc a través de un teléfono gratuito, un chat de video seguro o a través de su sitio web o aplicación móvil seguros.

Dentro de la red: Copago de \$0 por visita al PCP; copago de \$40 por visita al especialista; copago de \$40 por visita de terapia física, ocupacional y del habla; copago de \$40 por visita a otro profesional de la salud

Fuera de la red: Sin cobertura

**AmeriHealth Medicare
Ultimate PPO**

Dentro y fuera de la red:
Copago de \$0 por visitas al médico centradas en los cuidados de urgencia; copago de \$0 para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés y otras enfermedades. Copago de \$0 para visitas de dermatología centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones de la piel, como el eczema, la psoriasis, el acné y otras afecciones.

Acceso a la plataforma de Teladoc y ayuda para programar citas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los socios accederán a Teladoc a través de un teléfono gratuito, un chat de video seguro o a través de su sitio web o aplicación móvil seguros.

Dentro de la red: Copago de \$0 por visita al PCP; copago de \$50 por visita al especialista; copago de \$40 por visita de terapia física, ocupacional y del habla; copago de \$50 por visita a otro profesional de la salud

Fuera de la red: Sin cobertura

Otros beneficios médicos (continuación)

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Acupuntura <ul style="list-style-type: none">• Médica (cubierta por Medicare) • Cuidados de rutina (no cubiertos por Medicare) (Las visitas de rutina NO cuentan para el monto MOOP anual).	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita, hasta 12 visitas por 90 días; 8 adicionales si se determina que hubo progreso</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Copago de \$15 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Los socios deben tener una de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y por tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, dolor lumbar, dolor de cuello crónico o dolor por artrosis de rodilla y cadera.</p>
Servicios de podología <ul style="list-style-type: none">• Afección médica (cubierta por Medicare) • Cuidados de rutina de los pies (no cubiertos por Medicare) (Las visitas de rutina NO cuentan para el monto MOOP anual).	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita, hasta 12 visitas por 90 días; 8 adicionales si se determina que hubo progreso</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Copago de \$20 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Los socios deben tener una de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y por tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, dolor lumbar, dolor de cuello crónico o dolor por artrosis de rodilla y cadera.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita, hasta 12 visitas por 90 días; 8 adicionales si se determina que hubo progreso</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Copago de \$15 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Los socios deben tener una de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y por tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, dolor lumbar, dolor de cuello crónico o dolor por artrosis de rodilla y cadera.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita, hasta 12 visitas por 90 días; 8 adicionales si se determina que hubo progreso</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Copago de \$15 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Los socios deben tener una de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y por tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, dolor lumbar, dolor de cuello crónico o dolor por artrosis de rodilla y cadera.</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita para el tratamiento de la afección</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita para el tratamiento de la afección</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita para el tratamiento de la afección</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15 por visita (hasta 6 visitas al año)</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro (hasta 6 visitas al año)</p>

Otros beneficios médicos (continuación)

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Beneficio de Dental, Vision, and Hearing (DVH; atención dental, de la vista y de la audición) de Flex	<p>Asignación de \$300 cada año calendario</p> <p>La asignación puede usarse para cubrir los costos compartidos de beneficios cubiertos de atención dental, de la vista y de la audición. También puede usarse para cubrir cualquier servicio o suministro de atención dental, de la vista o de la audición proporcionado por un proveedor autorizado dentro o fuera de la red. La asignación puede usarse para cubrir cualquier combinación de servicios o suministros de atención dental, de la vista y de la audición. Debe usar la tarjeta Care de AmeriHealth.</p>
Programa de comidas* †	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>3 comidas por día, los 7 días de la semana, proporcionadas por MANNA</p> <p>Comidas por hasta 4 semanas, 2 veces al año, proporcionadas después de que reciban el alta de un establecimiento que reúna los requisitos.</p> <p>Para calificar, los socios deben entrar en uno de los dos grupos:</p> <p>Grupo 1: Deben tener un diagnóstico reciente de cáncer colorrectal, de endometrio, de pulmón, de mamas (tanto para hombres como para mujeres) o de próstata</p> <p>Grupo 2: Deben tener diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>El programa de comidas no cuenta para el monto MOOP anual.</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>

* Estos beneficios forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los socios cumplen los requisitos.

† Las comidas se proporcionarán después de que reciban el alta, luego de una internación en el hospital de cuidados intensivos, en un centro de enfermería especializada, en un centro de cuidados intensivos a largo plazo, en un centro de rehabilitación intensiva o en un centro de rehabilitación. Se requiere participar en el programa de tratamiento médico Transitions of Care (Transiciones del Cuidado).

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Secure PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p>Asignación de \$300 cada año calendario</p> <p>La asignación puede usarse para cubrir los costos compartidos de beneficios cubiertos de atención dental, de la vista y de la audición. También puede usarse para cubrir cualquier servicio o suministro de atención dental, de la vista o de la audición proporcionado por un proveedor autorizado dentro o fuera de la red. La asignación puede usarse para cubrir cualquier combinación de servicios o suministros de atención dental, de la vista y de la audición. Debe usar la tarjeta Care de AmeriHealth.</p>	<p>Asignación de \$300 cada año calendario</p> <p>La asignación puede usarse para cubrir los costos compartidos de beneficios cubiertos de atención dental, de la vista y de la audición. También puede usarse para cubrir cualquier servicio o suministro de atención dental, de la vista o de la audición proporcionado por un proveedor autorizado dentro o fuera de la red. La asignación puede usarse para cubrir cualquier combinación de servicios o suministros de atención dental, de la vista y de la audición. Debe usar la tarjeta Care de AmeriHealth.</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Dentro de la red: Copago de \$0 3 comidas por día, los 7 días de la semana, proporcionadas por MANNA</p> <p>Comidas por hasta 4 semanas, 2 veces al año, proporcionadas después de que reciban el alta de un establecimiento que reúna los requisitos.</p> <p>Para calificar, los socios deben entrar en uno de los dos grupos:</p> <p>Grupo 1: Deben tener un diagnóstico reciente de cáncer colorrectal, de endometrio, de pulmón, de mamas (tanto para hombres como para mujeres) o de próstata</p> <p>Grupo 2: Deben tener diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>El programa de comidas no cuenta para el monto MOOP anual.</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante del Equipo de asistencia a socios llamando al **1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711)**.

Comprensión de los beneficios

- La *Evidence of Coverage* (EOC, Constancia de cobertura) ofrece una lista completa de todos los servicios y las coberturas. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **amerihealthmedicare.com** o llame al **1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711)** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de reglas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de Medicare Part B. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque de Social Security cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, este debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar el cuidado. Además, tendrá un copago más alto para los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- Efecto sobre la cobertura actual. Su cobertura médica actual finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si usted está en un plan de Tricare o Medicare, dejará de recibir beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.

Para obtener más información

Para obtener información actualizada sobre los proveedores del plan, visite nuestro sitio web **amerihealthmedicare.com** o comuníquese con el Equipo de asistencia a socios llamando al **1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, su llamada puede ser derivada al correo de voz.

Si todavía no es socio y tiene preguntas, llame al **1-800-898-3492 (TTY/TDD: 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días festivos desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre, su llamada puede ser derivada al correo de voz. Si llama a este número, se lo dirigirá a un agente de ventas autorizado.

AmeriHealth Insurance Company of New Jersey ofrece planes PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes AmeriHealth PPO depende de la renovación de los contratos.

Cobertura de AmeriHealth Medicare emitida por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey.

TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc.

Los beneficios de la vista están suscritos por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y administrados por Davis Vision.

Una filial de AmeriHealth tiene un interés económico en Visionworks.

Los beneficios dentales están suscritos por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y administrados por Dominion Dental Service, Inc.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de Part C y Part D.

Teladoc ofrece el servicio de telemedicina.

Roundtrip administra nuestro beneficio de transporte.

Para recibir este documento en un formato alternativo, como en braille, en letra grande o en audio, llame al **1-800-898-3492 (TTY/TDD: 711)** (para no socios) (al llamar a este número, será derivado a un agente de ventas autorizado) o al **1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711)** (para socios).

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-800-898-3492 (TTY/TDD: 711)** para obtener más información.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-275-2583. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-275-2583. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-275-2583。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-275-2583。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-275-2583. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-275-2583. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-275-2583 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-275-2583. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-275-2583 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-275-2583. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-275-2583. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-275-2583 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-275-2583. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-275-2583. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-275-2583. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-275-2583. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-275-2583にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0041_HM_23_113248_C

Multi-language Interpreter Services

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે નિ:શુલ્ક દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-800-275-2583 પર કોલ કરો. ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક નિ:શુલ્ક સેવા છે.

Urdu: آپ کی صحت یا دوا کے متعلق کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمانی کی خدمات دستیاب ہیں۔ مترجم کی سہولت کے لیے، 1-800-275-2583 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت سروس ہے۔

Khmer: យើងមានផ្តល់សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ភាសាខ្មែរ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកប្រហែលជាមានអំពើកម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-275-2583 ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេសអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Telugu: మా ఆరోగ్యం లేదా ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వడానికి మాకు ఉచిత ఇంటర్ప్రెటర్ సర్వీసులు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అనువాదకుడిని పొందడానికి, 1-800-275-2583 ద్వారా మాకు కాల్ చేయండి. తెలుగు మాట్లాడగలిగే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సర్వీస్.

La discriminación va en contra de la ley

Este plan cumple con la legislación federal sobre derechos civiles pertinente y no discrimina en función de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la incapacidad ni el sexo. Este plan no excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.

El plan brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros; como por ejemplo: intérpretes de lengua de señas debidamente calificados; información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuya lengua materna no sea el inglés; como por ejemplo: intérpretes debidamente calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, por favor comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles Si usted cree que este plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- En persona o por correo postal: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103
- Por teléfono: 1-888-377-3933 (TTY: 711)
- Por fax: 215-761-0245
- Por correo electrónico: civilrightscordinator@1901market.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles de Department of Health and Human Services de los Estados Unidos de forma electrónica, a través del portal para quejas de dicha oficina, que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



AmeriHealth[®]

PO Box 13713

Philadelphia, PA 19101-3713

amerihealthmedicare.com



AH13055(09/23)

Y0041 _ H5361 _ 24 _ 113594 _ M