



2027

Resumen

de beneficios

Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

AmeriHealth Medicare Core PPO

1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

AH17773 (10/26)

Y0041_H5361_AH_27_129598_M

1

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la *Evidencia de Cobertura*. También puede consultar la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, amerihealthmedicare.com.

Usted tiene opciones para obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Servicios de Medicare sujetos a tarifas). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare al unirse a un plan de salud de Medicare Advantage (como AmeriHealth Medicare Core PPO).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este *Resumen de Beneficios* le brinda un resumen de lo que cubre AmeriHealth Medicare Core PPO y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los demás planes sus folletos de *Resumen de Beneficios*. O, use el buscador de planes de Medicare en medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos del Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare & You". Consúltelo en línea en medicare.gov u obtenga una copia llamando

al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY puede llamar al **1-877-486-2048**.

Secciones de este folleto

- Lo que hay que saber sobre AmeriHealth Medicare Core PPO
- Prima mensual, deducible y límites de monto que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y cobertura hospitalari.
- Beneficios para medicamentos con receta (Parte D).
- Otros beneficios médicos.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y letra grande.

Para recibir este documento en un formato alternativo como Braille, letra grande o audio, llame al **1-800-898-3492** (TTY/TDD: **711**) (no asociados) (llamando a este número será transferido a un agente de ventas licenciado) o **1-866-569-5190** (TTY/TDD: **711**) (asociados).

Lo que hay que saber sobre AmeriHealth Medicare Core PPO

Horario de atención e información de contacto

- Si usted es asociado de este plan, llame a nuestro Equipo de Atención al Asociado al **1-866-569-5190** (TTY/TDD: **711**), siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
Si no está asociado a este plan, llame al **1-800-898-3492** (TTY/TDD: **711**), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Llamando a este número se le dirigirá a un agente de ventas licenciado.
Tenga en cuenta que en los fines de semana y feriados desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre su llamada puede ser enviada a
 - un buzón de voz.
 - Nuestro sitio web: [amerihealthmedicare.com](https://www.amerihealthmedicare.com).

¿Quién puede afiliarse?

Para unirse a AmeriHealth Medicare Core PPO, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar registrado en Medicare Parte B, y debe vivir en nuestra zona de servicio. El área de servicio incluye los siguientes condados en Nueva Jersey: Camden.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

AmeriHealth Medicare Core PPO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red, puede aplicarse una coparticipación de costos más alta.

Generalmente debe utilizar las farmacias de la red para completar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

Para obtener información sobre las farmacias o un *Directorio de farmacias* de nuestro plan, visite nuestro sitio web **amerihealthmedicare.com**.

O, llámenos y le enviaremos una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

¿Qué cubrimos?

Cubrimos todo lo que Medicare Original cubre y *mucho más*. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

AmeriHealth Medicare Core PPO cubre la parte D de medicamentos recetados. Además, el plan cubre los medicamentos de la parte B, incluyendo la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el Formulario completo del plan (*Lista de medicamentos cubiertos*) y cualquier restricción en nuestro sitio web en **amerihealthmedicare.com**.
- Llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en uno de cinco "niveles". Usted tendrá que usar su formulario para averiguar en qué nivel se encuentra su medicamento para saber cuánto le costará. El importe que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento vamos a discutir las etapas de beneficio que ocurren: Deducible, la cobertura inicial y la cobertura catastrófica.

**Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos del plan,
póngase en contacto con AmeriHealth**

2

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

**PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE MONTO QUE USTED
PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS**

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Prima mensual del plan	\$18 por mes.
Deducible	Deducible médico: no aplica. Deducible de medicamentos recetados: \$700 para los niveles 3, 4 y 5.

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE MONTO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) (Los montos que usted paga por su prima, medicamentos recetados de la Parte D y algunos servicios médicos no cuentan para el importe anual de MOOP)	Su límite anual en este plan: • \$9,850 para los servicios que recibe de los proveedores de la red. • \$14,800 por los servicios que reciba de proveedores dentro y fuera de la red de forma conjunta. Si alcanza el límite de monto que paga de su bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales.

3

SECCIÓN III - RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados (1)	<u>Dentro de la red:</u> \$420 de copago por día durante los días 1-5 por admisión. \$0 de copago por día durante días 6 y más allá por admisión. \$0 de copago el día del alta; días ilimitados por periodo de cobertura. \$2,100 de copago máximo por ingreso. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total por estancia.
Cobertura hospitalaria ambulatoria (1)	<u>Dentro de la red:</u> Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios: \$420 de copago por estadía. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$595 de copago. <u>Fuera de la red:</u>

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Cobertura hospitalaria ambulatoria (1) (continuación)	50% del costo total.
Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) (1)	<u>Dentro de la red:</u> \$525 de copago. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total.
Visitas al médico (proveedores y especialistas de cabecera)	<u>Dentro de la red:</u> Médico de atención privada: \$0 de copago por visita. Especialista: \$55 de copago por visita. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total.

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Cuidado preventivo (1)	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i>. Si recibe una evaluación y/o servicio adicional no preventivo por separado, se aplicará un copago. El importe del copago depende del tipo de proveedor o del lugar de servicio. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original a cero costo compartido.
Cuidados de emergencia	<u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> Atención de emergencia: \$115 de copago por visita. Cobertura para emergencias en todo el mundo: \$115 de copago por visita. No exento si admitido.

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
El copago mundial fuera de los Estados Unidos no cuenta en el importe anual del MOOP	
Servicios de urgencia El copago mundial fuera de Estados Unidos no cuenta para el importe del MOOP anual	<u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> Clínica minorista: \$10 de copago por visita. Centro de atención urgente: \$40 de copago por visita. Cobertura para urgencias en el mundo: \$115 de copago por visita. No exento si admitido.
Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes (1)	<u>Dentro de la red:</u> Exámenes y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago. Servicios de laboratorio: \$0 de copago.

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes (1) (continuación)	Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [TAC]): \$0 de copago - \$500 de copago. Radiografías: \$40 de copago. Servicios terapéuticos de radiología (como la radioterapia): \$80 de copago por visita. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): 50% del costo total.
Servicios de audición	Exámenes de audición cubiertos por Medicare <u>Dentro de la red:</u> \$55 de copago. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Exámenes auditivos de rutina (hasta 1 visita todos los años) <u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago.

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios

AmeriHealth Medicare Core PPO

Servicios de audición (continuación)

Fuera de la red:

95% del costo total.

Audífonos de rutina

Dentro de la red:

Audífono digital de avanzada: \$699 de copago por audífono.

Audífono digital premium: \$999 de copago por audífono.

El servicio de audífonos avanzado y premium incluye una opción de audífonos recargables.

Ajustes y evaluaciones de audífonos ilimitados durante el primer año; hasta dos audífonos todos los años, un audífono por oído.

Los servicios de audición rutinarios y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®.

Los servicios de audición de rutina no cuentan para el importe del MOOP anual.

Fuera de la red:

95% del costo total.

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios dentales	Servicios dentales cubiertos por Medicare <u>Dentro de la red:</u> \$55 de copago. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Cuidado dental de rutina <u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para los exámenes no médicos de rutina / servicios de limpieza / fluor. \$0 de copago por una serie de radiografías de mordida (bitewing) cada 12 meses, una radiografía periapical cada 36 meses y una radiografía de toda la boca (panorámica) cada 36 meses. <u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> Los servicios dentales de rutina no cuentan para el importe anual de MOOP. <u>Fuera de la red:</u> 80% de coseguro para los exámenes dentales de rutina, servicios de limpieza y tratamiento de fluor. 80% de coseguro para radiografías dentales.

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios dentales (continuación)	Los asociados deben utilizar un proveedor participante de la red dental de AH Medicare para obtener cobertura dentro de la red.
Servicios de visión	Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare <u>Dentro de la red:</u> Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo): \$55 de copago. Examen de diagnóstico de glaucoma cubierto por Medicare: \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): 50% del costo total. Examen de glaucoma cubierto por Medicare: 50% del costo total. Cuidado oftalmológico de rutina <u>Dentro de la red:</u>

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios de visión (continuación)	\$0 de copago para one un examen de la vista de rutina todos los años. Un par de lentes de contacto o one un par de marcos y anteojos cubiertos en su totalidad cada año si adquiridos de la colección Davis Vision. \$200 de bonificación anual para gafas (marcos y cristales) compradas en Visionworks®. \$100 de bonificación todos los años para todos los otros gafas (marcos y cristales) adquiridas en un proveedor de la red Davis Vision. \$100 de bonificación todos los años para lentes de contacto en lugar de gafas regulares (marcos y cristales). La cobertura de las gafas no incluye las opciones de lentes, como las matizadas, progresivas, de transición, pulidas y aseguradas. <u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> Los servicios oftalmológicos de rutina no cuentan para el importe anual de MOOP. <u>Fuera de la red:</u>

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios de visión (continuación)	80% del costo total. Los anteojos (marcos y lentes, o lentes de contacto) tienen un \$100 plan combinado dentro y fuera de la red con un beneficio máximo pagadero por año. Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica hasta \$200 máximo combinado cuando se entra o sale del área de servicio.
Servicios de salud mental (1)	<u>Dentro de la red:</u> Atención ambulatoria de salud mental: • Visita de terapia de grupo: \$20 de copago. • Visita terapéutica individual: \$40 de copago. Atención de salud mental para pacientes internos: • \$410 de copago por día durante los días 1-5 por admisión. • \$0 de copago por día durante días 6 y más allá por admisión. • Copago de \$0 el día del alta. • \$2,050 de copago máximo por ingreso.

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios de salud mental (1) (continuación)	• 190 días como máximo de por vida. Servicios ambulatorios de abuso de sustancias: • Consulta de terapia de grupo: \$20 de copago. • Consulta de terapia individual: \$40 de copago. Hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos: • \$55 de copago por día. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total.
Centro de enfermería especializada (SNF) (1)	<u>Dentro de la red:</u> Días 1-20: \$0 de copago por día. Días 21-100: \$221 de copago por día. 100 días por período de prestaciones. <u>Fuera de la red:</u> 30% del costo total por estancia.
Servicios de rehabilitación ambulatorios	<u>Dentro de la red:</u> Terapia ocupacional: \$35 de copago por visita. Fisioterapia y terapia del habla: \$55 de copago por

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
(terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje)	visita. <u>Fuera de la red:</u> Un 50% del costo total.
Ambulancia (1) (Transporte por aire y por tierra)	<u>Dentro de la red:</u> \$335 de copago por viaje de ida o de vuelta. No exento si admitido. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia dentro de la red requieren autorización previa. <u>Fuera de la red:</u> \$335 de copago por viaje de ida.
Transporte	No está cubierto.
Medicamentos de la Parte B de Medicare (1)	<u>Dentro de la red:</u> Para los medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia: 0% - 20% del costo total. Usted no paga más de \$35 por un suministro de 30

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

BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA HOSPITALARI

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
(Se requiere terapia escalonada para ciertos medicamentos de la Parte B)	días de insulina de la Parte B suministrada a través de un dispositivo como una bomba de insulina. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total.

4

SECCIÓN IV - RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Deducible

Prescripción de drogas deducibles: \$700 para Niveles 3, 4 y 5.

Cobertura inicial

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Participación en los gastos del comercio minorista preferente

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Nivel	Suministro para un mes
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago
2 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro
Insulina (Niveles 3, 4, y 5)	\$35 de copago

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Nivel	Suministro para dos meses
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago
2 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	No corresponde
Insulina (Niveles 3 y 4)	\$70 de copago
Nivel	Suministro para tres meses
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago (suministro para 100 días)
2 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	No corresponde
Insulina (Niveles 3 y 4)	\$105 de copago

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Participación estándar de los gastos de venta al por menor

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Nivel	Suministro para un mes
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$9 de copago
2 (Medicamentos genéricos)	\$20 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro
Insulina (Niveles 3, 4, y 5)	\$35 de copago
Nivel	Suministro para dos meses
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$18 de copago
2 (Medicamentos genéricos)	\$40 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	No corresponde
Insulina (Niveles 3 y 4)	\$70 de copago

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Nivel	Suministro para tres meses
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$18 de copago (suministro para 100 días)
2 (Medicamentos genéricos)	\$40 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	No corresponde
Insulina (Niveles 3 y 4)	\$105 de copago

Beneficios para medicamentos con receta (Parte D)

Orden por correo: Costo compartido

	AmeriHealth Medicare Core PPO
Nivel	Suministro para un mes
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago
2 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	\$35 de copago
Nivel	Suministro para dos meses
1 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
2 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	No corresponde
Insulina (Niveles 3 y 4)	\$70 de copago

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

Nivel	Suministro para tres meses
1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago (suministro para 100 días)
2 (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago
3 (Medicamentos de marca preferidos)	24% de coseguro
4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	25% de coseguro
5 (Medicamentos de especialidad)	No corresponde
Insulina (Niveles 3 y 4)	\$70 de copago

Puede obtener sus recetas en las farmacias minoristas de la red (preferentes o estándar) y en las farmacias de venta por correspondencia. Las recetas del nivel 1 y 2 (que incluyen la mayoría de los medicamentos genéricos) tendrán copagos de \$0 cuando se obtengan en las farmacias preferidas o por correo.

Su costo compartido puede variar en función de la farmacia que elija, si compra un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento, cuando pase a cada etapa de sus beneficios de la Parte D, o si reside en un centro de cuidados a largo plazo.

Póngase en contacto con nosotros o vea la *Evidencia de Cobertura* del plan en nuestro sitio web en amerihealthmedicare.com para obtener información completa sobre sus costos de medicamentos cubiertos.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas

Después de alcanzar el máximo anual de \$2,400 en costos de su bolsillo, usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos.

5

SECCIÓN V - RESUMEN DE BENEFICIOS

OTROS BENEFICIOS MÉDICOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Visitas de telemedicina	<u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> \$0 de copago para visitas médicas generales centradas en visitas de atención urgente. \$0 de copago para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés, etc. \$0 de copago para visitas dermatológicas centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones cutáneas como eczema, psoriasis, acné y otras. Teladoc debe utilizarse para las visitas de telemedicina. Los afiliados pueden acceder a Teladoc por teléfono gratuito, videochat seguro o a través de la plataforma móvil o sitio web seguro de Teladoc, 24/7, 365 días al año.
Telesalud complementaria	<u>Dentro de la red:</u> Médico de atención primaria: \$0 de copago por visita. Especialista: \$55 de copago por visita.

OTROS BENEFICIOS MÉDICOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Telesalud complementaria (continuación) (Médico de atención primaria, especialista, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros profesionales de la salud)	Fisioterapia y terapia del habla: \$55 de copago por visita. Terapia ocupacional: \$35 de copago por visita. Otros profesionales de la salud: \$55 de copago por visita. Es posible que no todos los servicios de telesalud estén cubiertos.
Servicios de quiropráctica	Cubierto por Medicare <u>Dentro de la red:</u> \$15 de copago por visita para la manipulación vertebral. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Cuidados de rutina

OTROS BENEFICIOS MÉDICOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Servicios de quiropráctica (continuación)	<u>Dentro de la red:</u> \$15 de copago por visita (hasta 6 visitas combinadas dentro y fuera de la red por año). <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.
Acupuntura	Cubierto por Medicare <u>Dentro de la red:</u> \$15 de copago por visita (hasta 12 visitas en 90 días; 8 adicionales si se determina que se hace progreso). <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Cuidados de rutina <u>Dentro de la red:</u> \$15 de copago por visita (hasta 6 visitas al año). <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Las visitas de rutina requieren un diagnóstico de una

OTROS BENEFICIOS MÉDICOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO
Acupuntura (continuación)	de las afecciones elegibles. Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.
Servicios de podiatría	Cubierto por Medicare <u>Dentro de la red:</u> \$20 de copago por visita. <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Cuidados de rutina <u>Dentro de la red:</u> \$20 de copago por visita (hasta 6 visitas combinadas dentro y fuera de la red por año). <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo total. Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.

Lista de verificación previa a la afiliación

Antes de tomar la decisión de afiliarse, es importante que entienda completamente nuestras reglas y beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Equipo de Atención al asociado al **1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711)**.

Beneficios

- ☐ La *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de afiliarse. Visite amerihealthmedicare.com o llame al **1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711)** para consultar una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que actualmente consulta pertenecen a 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 utilice para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está incluida en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima se deduce normalmente de su cheque de Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos por servicios cubiertos por un proveedor fuera del contrato, el proveedor debe aceptar tratarlo. Salvo en caso de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados podrán negarse a proporcionar atención. Además, abonará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores fuera del contrato.
- ☐ Alcance de la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Por favor, póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, quizá le convenga renunciar a su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Para obtener información actualizada sobre los proveedores de planes, visite nuestra página web en amerihealthmedicare.com o llame a nuestro Equipo de Ayuda para Miembros 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 en los fines de semana y feriados, desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre, su llamada podrá ser enviada al buzón de voz.

Si aún no está asociado 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 los fines de semana y los días festivos del 1 de enero al 30 de septiembre, su llamada puede ser enviada al correo de voz. Al llamar a este número, se le transferirá a un agente de ventas licenciado.

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

Beneficios suscritos por AmericanHealth Insurance Company de Nueva Jersey. TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc.

Los beneficios de visión son garantizados por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y administrados por Davis Vision.

Una subsidiaria de AmeriHealth con interés financiero en Visionworks.

AmeriHealth Medicare Dental Network administrado por Dominion Dental Services, Inc.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementario además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

La telemedicina es proporcionada por Teladoc.

One Pass es un programa voluntario ofrecido por una compañía independiente. El programa One Pass varía según el plan o el área. La información proporcionada no es asesoramiento médico. Consulte a un profesional de atención médica antes de comenzar cualquier programa de ejercicios.

Para recibir este documento en un formato alternativo como Braille, letra grande o audio, llame al **1-800-898-3492** (TTY/TDD: **711**) (no asociados) (llamando a este número será transferido a un agente de ventas licenciado) o **1-866-569-5190** (TTY/TDD: **711**) (asociados).

Esta información no proporciona una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto llamando al **1-800-898-3492** (TTY/TDD: **711**) para más información.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-275-2583 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية: انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الحصول على مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر الوسائل والخدمات المساعدة والمناسبة مجانًا لضمان وصول المعلومات إليك بصيغ ميسرة ومناسبة. يُرجى الاتصال على الرقم 3852-572-008-1 (TTY: 711) أو يمكنك التحدث مع مقدم الرعاية الخاص بك.

বাংলা: দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনি বাংলাভাষী হন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ। অ্যাক্সেসিবল ফরম্যাটে তথ্য প্রদান করার জন্য উপযুক্ত সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলব্ধ। 1-800-275-2583 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন বা আপনার প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

普通话: 注意: 如果您说普通话, 我们将为您免费提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 确保以无障碍格式传递信息。请致电 1-800-275-2583 (TTY: 711) 或咨询服务提供者。

Français: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services supplémentaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583 (TTY: 711) ou parlez-en à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans pou lang ki disponib pou ou. Gen ed ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib ki disponib tou gratis. Rele nan 1-800-275-2583 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

ગુજરાતી: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારી માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવા ઉપલબ્ધ છે. સુલભ સ્વરૂપમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.

हिंदी: ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ मुफ्त में उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उचित सहायक सहायता और सेवाएँ भी मुफ्त में मिलती हैं। 1-800-275-2583 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano: ATTENZIONE: Se parli Italiano, puoi trovare disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Gratuitamente, sono inoltre disponibili ausili e servizi di supporto adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-275-2583 (TTY: 711) oppure rivolgiti al tuo fornitore.

日本語: 注意: 日本語話者の方には、無料の言語支援サービスをご提供しています。アクセシビリティ情報を提供するための適切な補助やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-275-2583 (TTY: 711) にお電話くださるか、または、プロバイダーにお問い合わせください。

한국어: 주의: 한국어를 구사하시는 경우 무료 언어 보조 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근성 높은 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스 역시 무료로 이용 가능합니다. 1-800-275-2583 (TTY: 711) 에 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

Diné bizaad: BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné bizaad bee yáníłt'í go, t'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í ná hóló. T'áadoole'é binahj'í bee adahodooníí diné bich'í' anídahazt'í'í bee bika'anída'awo'í beego bee baa dahane'í baa dahwiizt'í' go hadadilyaaígíí aldó' t'áá jiik'eh hóló. Kohj'í' 1-800-275-2583 (TTY: 711) hodíłniih doodago níka'análawo'í bich'í' hanidzihi.

Pennsilfaanisch-Deitsch: WICHDICH: Wann du Deitsch schwetzscht, kenne mer dich Schprooch-Hilf beigriege, unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne dich aa differnti Sadde Hilf beigriege, wasewwer as brauchscht fer Information griege, aa fer nix. Call 1-800-275-2583 (TTY: 711) odder schwetz mit dei Provider.

Polski: UWAGA: Jeśli jesteś osobą polskojęzyczną, pamiętaj, że oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Bezpłatnie dostępne są również odpowiednie materiały pomocnicze i usługi informacyjne w przystępnych formatach. Zadzwoń na numer 1-800-275-2583 (TTY: 711) lub porozmawiaj z dostawcą usług.

Português: ATENÇÃO: se você fala português, há serviços gratuitos de assistência linguística disponíveis. Também são disponibilizados gratuitamente para suporte e serviços auxiliares apropriados para o fornecimento de informações. Ligue para 1-800-275-2583 (TTY: 711) ou entre em contato com seu prestador.

Русский: Внимание! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Звоните по телефону 1-800-275-2583 (TTY: 711) или обратитесь к своему провайдеру.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. También hay ayudas y servicios auxiliares disponibles y sin cargo en formatos accesibles para brindarle información. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711) o hable con su prestador.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available para sa iyo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Available din ang naaangkop na mga auxiliary aid at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

తెలుగు: గమనిక: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, ఉచిత భాష సహాయ సేవలు మీకు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అందుబాటులో ఉన్న పాఠ్యాబ్దాలలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక పరికరాలు అలాగే సేవలు కూడా ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) నంబర్కు కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్ తో మాట్లాడండి.

Українська: Увага! Якщо ви говорите українською, вам доступні безплатні послуги перекладача. Також безоплатно надаються відповідні допоміжні послуги з надання інформації в доступних форматах. Телефонуйте за номером 1-800-275-2583 (TTY: 711) або зверніться до свого провайдера.

Tiếng Việt: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Bạn cũng có thể nhận được các công cụ và dịch vụ hỗ trợ khác để giúp tiếp cận thông tin dễ dàng hơn, hoàn toàn miễn phí. Vui lòng gọi 1-800-275-2583 (TTY: 711) hoặc liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của bạn để được hỗ trợ.

Yorùbá: ÀKÍYÈSÍ: Tí ó bá nsọ Yorùbá, àwọn isẹ àtìlẹhin èdè lófèfẹ wà lárọwọ́tó rẹ. Àwọn isẹ àtìlẹhin Irànlọwọ́ tò yẹ láti pèsè iwífúnni ní ọ̀nà irááyèsi kíkà wà lárọwọ́tó bakanna lófèfẹ. Pẹ 1-800-275-2583 (TTY: 711) tàbí kí ó bá olùpèsè rẹ sọrọ.

Discrimination Is Against the Law

This plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This plan does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact our Civil Rights Coordinator.

If you believe that this Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: our Civil Rights Coordinator, in person or by mail: 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, by phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711), by fax: 215-761-0245, or by email: civilrightscordinator@1901market.com.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This notice is available at the following website: www.healthinsurancehosting.com/notices.

3545000 (04/25)
MA15590 (04/25)
Y0041_HM_25_123991_C



PO Box 13713

Filadelfia, PA 19101-3713

amerihealthmedicare.com

GRACIAS