



# 2026

# Resumen de beneficios

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

**AmeriHealth Medicare Core PPO**

**AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**

**AmeriHealth Medicare Ultimate PPO**

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

AH16091 (09/25)

Y0041\_H5361\_AH\_26\_125554\_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 ver la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **[amerihealthmedicare.com](http://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 afiliarse a un plan de salud de Medicare Advantage (como AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO).

### Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto de *Resumen de beneficios* ofrece un resumen de lo que AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y lo que AmeriHealth Medicare Ultimate PPO cubren 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](http://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](https://www.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

- Aspectos que debe saber sobre AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.
- Prima mensual, deducible y límites de monto que usted paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y cobertura hospitalaria.
- 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 se le dirigirá a un agente de ventas licenciado) o **1-866-569-5190** (TTY/TDD: **711** (asociados)).

## Aspectos que debe saber sobre AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, y AmeriHealth Medicare Ultimate 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 7 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 los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre su llamada puede ser enviada al correo de voz.
- Nuestro sitio web: [amerihealthmedicare.com](http://amerihealthmedicare.com).

### ¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y usted debe vivir en nuestra zona de servicio. El área de atención para AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO incluye los siguientes condados en New Jersey: Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex y Ocean.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no

forman parte de nuestra red, puede aplicarse una mayor distribución de costos.

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

Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web ([amerihealthmedicare.com](http://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, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO cubren los medicamentos recetados de la Parte D. Además, los planes abarcan medicamentos de la Parte B, incluida 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 ([amerihealthmedicare.com](http://amerihealthmedicare.com)).
- Llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

## ¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los cinco "niveles". Deberá consultar su formulario para localizar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar 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 discutiremos las etapas de beneficios que ocurren: deducible, cobertura inicial y cobertura en caso de catástrofes.

**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 DEL MONTO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

	<b>AmeriHealth Medicare Core PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 al mes.	\$36 al mes.	\$0 al mes.
<b>Devolución de la prima de la Parte B*</b>	Este plan no incluye la devolución de la prima de la Parte B.	Este plan no incluye la devolución de la prima de la Parte B.	Este plan reducirá su prima mensual de la Parte B por \$95.
<b>Deducible</b>	Deducible médico: no aplica. Deducible de medicamentos recetados: No Corresponde.	Deducible médico: no aplica. Deductible de medicamentos recetados: \$150 para los niveles 3, 4 y 5.	Deducible médico: no aplica. Deductible de medicamentos recetados: \$125 para los niveles 3, 4 y 5.

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

	<b>AmeriHealth Medicare Core PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO</b>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)</b>                      (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)</p>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$9,250 para los servicios que recibe de los proveedores de la red.</li> <li>• \$13,900 por los servicios que reciba de proveedores dentro y fuera de la red de forma conjunta.</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de monto que paga de su</p>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$7,550 para los servicios que recibe de los proveedores de la red.</li> <li>• \$12,000 por los servicios que reciba de proveedores dentro y fuera de la red de forma conjunta.</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de monto que paga de su</p>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$9,250 para los servicios que recibe de los proveedores de la red.</li> <li>• \$13,900 por los servicios que reciba de proveedores dentro y fuera de la red de forma conjunta.</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de monto que paga de su</p>

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

	<b>AmeriHealth Medicare Core PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO</b>
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)</b> (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) <b>(continuación)</b>	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.	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.	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.

\*Medicare determina la devolución y la Administración del Seguro Social (SSA) la administra. El incentivo de devolución sólo se aplica con el Seguro Social y se abona mensualmente en su cheque de Seguro Social o en el extracto de la prima de la Parte B de Medicare. No se realizan pagos directos a los beneficiarios por parte de AmeriHealth. Los beneficiarios que pagan su propia prima de la Parte B son elegibles para la devolución. Esto significa que los beneficiarios no pueden recibir Medicaid o cualquier otra ayuda de un programa de salud que podría pagar su prima de Parte B.

# 3

## SECCIÓN III : RESUMEN DE BENEFICIOS

### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados (1)</b></p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$350 por día durante 1-6 días por admisión.</p> <p>Copago de \$0 por día a partir del séptimo día de cada admisión.</p> <p>Copago de \$0 el día del alta; días ilimitados por periodo de cobertura.</p> <p>Copago máximo de \$2,100 por admisión.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$390 por día durante 1-6 días por admisión.</p> <p>Copago de \$0 por día a partir del séptimo día de cada admisión.</p> <p>Copago de \$0 el día del alta; días ilimitados por periodo de cobertura.</p> <p>Copago máximo de \$2,340 por admisión.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$400 por día durante 1-6 días por admisión.</p> <p>Copago de \$0 por día a partir del séptimo día de cada admisión.</p> <p>Copago de \$0 el día del alta; días ilimitados por periodo de cobertura.</p> <p>Copago máximo de \$2,400 por admisión.</p>

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados (1) (continuación)</b>	<u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total por estadía.	<u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total por estadía.	<u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total por estadía.
<b>Cobertura hospitalaria ambulatoria (1)</b>	<u><b>Dentro de la red:</b></u> Observación hospitalaria para pacientes externos: Copago de \$350 por estadía. Servicios hospitalarios ambulatorios: Copago de \$520. <u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total.	<u><b>Dentro de la red:</b></u> Observación hospitalaria para pacientes externos: Copago de \$390 por estadía. Servicios hospitalarios ambulatorios: Copago de \$415. <u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total.	<u><b>Dentro de la red:</b></u> Observación hospitalaria para pacientes externos: Copago de \$400 por estadía. Servicios hospitalarios ambulatorios: Copago de \$550. <u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total.

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) (1)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$430.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$325.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$425.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p>
<b>Visitas al médico</b> (proveedores y especialistas de cabecera)	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Especialista: Copago de \$55 por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Especialista: Copago de \$15 por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Especialista: Copago de \$55 por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p>

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Cuidado preventivo (1)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      \$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</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      \$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</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      \$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</p>

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Cuidado preventivo (1) (continuación)</b></p>	<p>preventivo por separado, se aplicará un copago. El importe del copago depende del tipo de proveedor o del lugar de servicio.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original a cero costo compartido.</p>	<p>preventivo por separado, se aplicará un copago. El importe del copago depende del tipo de proveedor o del lugar de servicio.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original a cero costo compartido.</p>	<p>importe del copago depende del tipo de proveedor o del lugar de servicio.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original a cero costo compartido.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Cuidados de emergencia</b> El copago mundial fuera de los Estados Unidos no cuenta en el importe anual del MOOP</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> Cuidados de emergencia: Copago de \$115 por visita. Cobertura de emergencia mundial: Copago de \$115 por visita. No exento si admitido.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> Cuidados de emergencia: Copago de \$115 por visita. Cobertura de emergencia mundial: Copago de \$115 por visita. No exento si admitido.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> Cuidados de emergencia: Copago de \$115 por visita. Cobertura de emergencia mundial: Copago de \$115 por visita. No exento si admitido.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de urgencia</b> El copago mundial fuera de Estados Unidos no cuenta para el importe del MOOP anual</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> Clínica en centro comercial: \$10 de copago por Visita. Centro de atención de urgencia: Copago de \$40 por Visita. Cobertura de urgencia en todo el mundo: Copago de \$115 por visita. No exento si admitido.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> Clínica en centro comercial: \$5 de copago por Visita. Centro de atención de urgencia: Copago de \$40 por Visita. Cobertura de urgencia en todo el mundo: Copago de \$115 por visita. No exento si admitido.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> Clínica en centro comercial: \$15 de copago por Visita. Centro de atención de urgencia: Copago de \$40 por Visita. Cobertura de urgencia en todo el mundo: Copago de \$115 por visita. No exento si admitido.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes (1)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de laboratorio: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI y TAC): Copago de \$0 - Copago de \$475.</p> <p>Radiografías: Copago de \$25.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de laboratorio: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI y TAC): Copago de \$0 - Copago de \$350.</p> <p>Radiografías: Copago de \$25.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de laboratorio: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI y TAC): Copago de \$0 - Copago de \$475.</p> <p>Radiografías: Copago de \$45.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes (1) (continuación)</b></p>	<p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): Copago de \$75 por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): 50 % del costo total.</p>	<p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): Copago de \$70 por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): 50 % del costo total.</p>	<p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): Copago de \$85 por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia): 50 % del costo total.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de audición</b></p>	<p>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$55.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 50 % del costo total.</p> <p>Exámenes auditivos de rutina (hasta 1 visita todos los años)</p> <p><u>Dentro de la red y fuera de red:</u> Copago de \$0.</p>	<p>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$15.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 50 % del costo total.</p> <p>Exámenes auditivos de rutina (hasta 1 visita todos los años)</p> <p><u>Dentro de la red y fuera de red:</u> Copago de \$0.</p>	<p>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$55.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 50 % del costo total.</p> <p>Exámenes auditivos de rutina (hasta 1 visita todos los años)</p> <p><u>Dentro de la red y fuera de red:</u> Copago de \$0.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de audición (continuación)</b></p>	<p><b>Audífonos de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>Audífono digital de avanzada: \$699 por audífono.</p> <p>Audífono digital premium: Copago de \$999 por audífono.</p> <p>El servicio de audífonos avanzado y premium incluye una opción de audífonos recargables.</p>	<p><b>Audífonos de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>Audífono digital de avanzada: \$499 por audífono.</p> <p>Audífono digital premium: Copago de \$799 por audífono.</p> <p>El servicio de audífonos avanzado y premium incluye una opción de audífonos recargables.</p>	<p><b>Audífonos de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>Audífono digital de avanzada: \$699 por audífono.</p> <p>Audífono digital premium: Copago de \$999 por audífono.</p> <p>El servicio de audífonos avanzado y premium incluye una opción de audífonos recargables.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de audición (continuación)</b></p>	<p>Ajustes y evaluaciones de audífonos ilimitados durante el primer año; hasta dos audífonos todos los años, un audífono por oído.</p> <p>Los servicios de audición rutinarios y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®.</p> <p>Los servicios de audición de</p>	<p>Ajustes y evaluaciones de audífonos ilimitados durante el primer año; hasta dos audífonos todos los años, un audífono por oído.</p> <p>Los servicios de audición rutinarios y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®.</p> <p>Los servicios de audición de</p>	<p>Ajustes y evaluaciones de audífonos ilimitados durante el primer año; hasta dos audífonos todos los años, un audífono por oído.</p> <p>Los servicios de audición rutinarios y los audífonos están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing®.</p> <p>Los servicios de audición de rutina no cuentan</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios de audición (continuación)</b>	rutina no cuentan para el importe del MOOP anual.	rutina no cuentan para el importe del MOOP anual.	para el importe del MOOP anual.
<b>Servicios odontológicos</b>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b>  <b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Copago de \$55.  <b><u>Fuera de la red:</u></b>                      50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidado dental de rutina</b>  <b><u>Dentro de la red:</u></b>                      \$0 copago por servicios de rutina de examen,</p>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b>  <b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Copago de \$15.  <b><u>Fuera de la red:</u></b>                      50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidado dental de rutina</b>  <b><u>Dentro de la red:</u></b>                      \$0 copago por servicios de rutina de examen,</p>	<p><b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b>  <b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Copago de \$55.  <b><u>Fuera de la red:</u></b>                      50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidado dental de rutina</b>  <b><u>Dentro de la red:</u></b>                      \$0 copago por servicios de rutina de examen, limpieza y flúor no</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	limpieza y flúor no cubiertos por Medicare. \$0 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. 20 % de coseguro para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia y extracciones.	limpieza y flúor no cubiertos por Medicare. \$0 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. 20 % de coseguro para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia y extracciones.	cubiertos por Medicare. \$0 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. 20 % de coseguro para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia y extracciones.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	<p>40 % coseguro para prostodoncia, implantes y otras intervenciones de cirugía oral o maxilofacial.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> \$500 plan combinado bonificación anual para servicios odontológicos de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, implantes y otras cirugías</p>	<p>40 % coseguro para prostodoncia, implantes y otras intervenciones de cirugía oral o maxilofacial.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> \$1,500 plan combinado bonificación anual para servicios odontológicos de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, implantes y otras cirugías</p>	<p>40 % coseguro para prostodoncia, implantes y otras intervenciones de cirugía oral o maxilofacial.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b> \$500 plan combinado bonificación anual para servicios odontológicos de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, implantes y otras cirugías bucales o maxilofaciales.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios odontológicos (continuación)</b></p>	<p>bucales o maxilofaciales.  <b><u>Fuera de la red:</u></b>                      80 % de coseguro para exámenes dentales de rutina, servicios de limpieza y tratamiento con flúor.                      80 % de coseguro para radiografías dentales.</p>	<p>bucales o maxilofaciales.  <b><u>Fuera de la red:</u></b>                      80 % de coseguro para exámenes dentales de rutina, servicios de limpieza y tratamiento con flúor.                      80 % de coseguro para radiografías dentales.</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      80 % de coseguro para exámenes dentales de rutina, servicios de limpieza y tratamiento con flúor.                      80 % de coseguro para radiografías dentales.                      80 % de coseguro para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis dentales, implantes y otras cirugías bucales/maxilofaciales.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

<b>Beneficios y servicios</b>	<b>AmeriHealth Medicare Core PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO</b>
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	<p>80 % de coseguro para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis dentales, implantes y otras cirugías bucales/maxilofaciales.</p> <p>Los asociados deben utilizar un proveedor participante de la red dental de AH Medicare para obtener cobertura dentro de la red.</p>	<p>80 % de coseguro para servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis dentales, implantes y otras cirugías bucales/maxilofaciales.</p> <p>Los asociados deben utilizar un proveedor participante de la red dental de AH Medicare para obtener cobertura dentro de la red.</p>	<p>Los asociados deben utilizar un proveedor participante de la red dental de AH Medicare para obtener cobertura dentro de la red.</p> <p>Los servicios dentales de rutina no cuentan para el importe anual de MOOP.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b>	Los servicios dentales de rutina no cuentan para el importe anual de MOOP.	Los servicios dentales de rutina no cuentan para el importe anual de MOOP.	
<b>Servicios de vision</b>	<p><b>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): Copago de \$0 - Copago de \$55.</p>	<p><b>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): Copago de \$0 - Copago de \$15.</p>	<p><b>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): Copago de \$0 - Copago de \$55.</p>

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de visión (continuación)</b></p>	<p>Examen de detección de glaucoma cubierto por el Medicare: Copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): 50 % del costo total.</p> <p>Examen de glaucoma cubierto por Medicare: 50 % del costo total.</p>	<p>Examen de detección de glaucoma cubierto por el Medicare: Copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): 50 % del costo total.</p> <p>Examen de glaucoma cubierto por Medicare: 50 % del costo total.</p>	<p>Examen de detección de glaucoma cubierto por el Medicare: Copago de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo): 50 % del costo total.</p> <p>Examen de glaucoma cubierto por Medicare: 50 % del costo total.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de visión (continuación)</b></p>	<p><b>Cuidado oftalmológico de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista de rutina todos los años.</p> <p>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.</p>	<p><b>Cuidado oftalmológico de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista de rutina todos los años.</p> <p>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.</p>	<p><b>Cuidado oftalmológico de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista de rutina todos los años.</p> <p>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.</p> <p>\$200 bonificación anual para anteojos (marcos y lentes)</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de visión (continuación)</b></p>	<p>\$200 bonificación anual para anteojos (marcos y lentes) compradas en Visionworks®.</p> <p>\$100 bonificación todos los años para todos los otros anteojos (marcos y lentes) adquiridos en un proveedor de la red Davis Vision.</p> <p>\$100 bonificación todos los años para lentes de</p>	<p>\$200 bonificación anual para anteojos (marcos y lentes) compradas en Visionworks®.</p> <p>\$100 bonificación todos los años para todos los otros anteojos (marcos y lentes) adquiridos en un proveedor de la red Davis Vision.</p> <p>\$100 bonificación todos los años para lentes de</p>	<p>compradas en Visionworks®.</p> <p>\$100 bonificación todos los años para todos los otros anteojos (marcos y lentes) adquiridos en un proveedor de la red Davis Vision.</p> <p>\$100 bonificación todos los años para lentes de contacto en lugar de anteojos regulares (marcos y lentes).</p> <p>La cobertura de las anteojos no incluye las opciones de lentes, como las</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de visión (continuación)</b></p>	<p>contacto en lugar de anteojos regulares (marcos y lentes).</p> <p>La cobertura de las anteojos no incluye las opciones de lentes, como las matizadas, progresivas, de transición, pulidas y aseguradas.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>80 % del costo total.</p> <p>Los servicios oftalmológicos de rutina no</p>	<p>contacto en lugar de anteojos regulares (marcos y lentes).</p> <p>La cobertura de las anteojos no incluye las opciones de lentes, como las matizadas, progresivas, de transición, pulidas y aseguradas.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>80 % del costo total.</p> <p>Los servicios oftalmológicos de rutina no</p>	<p>matizadas, progresivas, de transición, pulidas y aseguradas.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>80 % del costo total.</p> <p>Los servicios oftalmológicos de rutina no cuentan para el importe anual de MOOP.</p> <p>Los anteojos (marcos y lentes, o lentes de contacto) tienen un \$100 plan combinado dentro y fuera de la red con un</p>

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de visión (continuación)</b></p>	<p>cuentan para el importe anual de MOOP.</p> <p>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.</p>	<p>cuentan para el importe anual de MOOP.</p> <p>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.</p>	<p>beneficio máximo pagadero por año.</p> <p>Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica hasta \$200 máximo combinado cuando se entra o sale del área de servicio.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios de visión (continuación)</b>	Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica hasta \$200 máximo combinado cuando se entra o sale del área de servicio.	Los proveedores de Visionworks son nacionales, por lo que se aplica hasta \$200 máximo combinado cuando se entra o sale del área de servicio.	
<b>Servicios de salud mental (1)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> Atención ambulatoria de salud mental:	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> Atención ambulatoria de salud mental:	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> Atención ambulatoria de salud mental:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta ambulatoria de terapia de grupo:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta ambulatoria de terapia de grupo:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta ambulatoria de terapia de grupo: Copago de \$30.</li> </ul>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de salud mental (1) (continuación)</b></p>	<p>Copago de \$30.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta terapéutica individual: Copago de \$40.</li> </ul> <p>Cuidado de la salud mental para pacientes ingresados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$345 por día durante días 1-6 por admisión.</li> <li>• Copago de \$0 por día durante días 7 y más allá por admisión.</li> </ul>	<p>Copago de \$30.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta terapéutica individual: Copago de \$40.</li> </ul> <p>Cuidado de la salud mental para pacientes ingresados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$345 por día durante días 1-6 por admisión.</li> <li>• Copago de \$0 por día durante días 7 y más allá por admisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta terapéutica individual: Copago de \$40.</li> </ul> <p>Cuidado de la salud mental para pacientes ingresados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$345 por día durante días 1-6 por admisión.</li> <li>• Copago de \$0 por día durante días 7 y más allá por admisión.</li> <li>• \$0 el día del alta.</li> </ul>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de salud mental (1) (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 el día del alta.</li> <li>• \$2,070 copago máximo por ingreso.</li> <li>• 190 días como máximo de por vida.</li> </ul> <p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de terapia de grupo: \$30 copago.</li> <li>• Consulta de terapia individual: \$40.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 el día del alta.</li> <li>• \$2,070 copago máximo por ingreso.</li> <li>• 190 días como máximo de por vida.</li> </ul> <p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de terapia de grupo: \$30 copago.</li> <li>• Consulta de terapia individual: \$40.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$2,070 copago máximo por ingreso.</li> <li>• 190 días como máximo de por vida.</li> </ul> <p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de terapia de grupo: \$30 copago.</li> <li>• Consulta de terapia individual: \$40.</li> </ul> <p>Hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos:</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios de salud mental (1) (continuación)</b>	Hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por día.</li> </ul> <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.	Hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por día.</li> </ul> <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago por día.</li> </ul> <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF) (1)</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1-20: Copago de \$0 por día. Días 21-100: Copago de \$218 por día.	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1-20: Copago de \$0 por día. Días 21-100: Copago de \$218 por día.	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Días 1-20: Copago de \$0 por día. Días 21-100: Copago de \$218 por día.

Los servicios con un (1) pueden requerir una autorización previa (solo en red).

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Centro de enfermería especializada (SNF) (1) (continuación)</b>	100 días por período de prestaciones. <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total por estadía.	100 días por período de prestaciones. <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total por estadía.	100 días por período de prestaciones. <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total por estadía.
<b>Servicios de rehabilitación ambulatorios (terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje)</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$35 por visita. <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$35 por visita. <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$35 por visita. <b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Ambulancia (1)</b> (Transporte terrestre y aéreo)</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red:</b></p> <p>Copago de \$310 por viaje de ida.</p> <p>No exento si admitido.</p> <p>In-Network los servicios de ambulancia no de emergencia requieren autorización previa.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red:</b></p> <p>Copago de \$250 por viaje de ida.</p> <p>No exento si admitido.</p> <p>In-Network los servicios de ambulancia no de emergencia requieren autorización previa.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red:</b></p> <p>Copago de \$310 por viaje de ida.</p> <p>No exento si admitido.</p> <p>In-Network los servicios de ambulancia no de emergencia requieren autorización previa.</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>No está cubierto.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (1)</b> (Terapia escalonada requerida para ciertos medicamentos de la Parte B)</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> 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 días de insulina de la Parte B suministrada a través de un dispositivo como</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> 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 días de insulina de la Parte B suministrada a través de un dispositivo como</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> 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 días de insulina de la Parte B suministrada a través de un dispositivo como una bomba de insulina.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare (1)</b> (Terapia escalonada requerida para ciertos medicamentos de la Parte B) <b>(continuación)</b>	una bomba de insulina. <u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total.	una bomba de insulina. <u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total.	<u><b>Fuera de la red:</b></u> 50 % del costo total.

# 4

## SECCIÓN IV - RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

### COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (PARTE D)

Los asociados pueden acceder a los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

#### Deducible

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO \$150 Nivel 3, 4 y 5.

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: \$125 para Nivel 3, 4, y 5.

#### Cobertura inicial

No paga más de \$2,100 en gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos. El límite no se aplica a los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

#### Participación en los gastos del comercio minorista preferente

	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para un mes	Suministro para un mes
1 (Genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
2 (Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (PARTE D)

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para dos meses</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
2 (Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
2 (Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$105	Copago de \$105	Copago de \$105

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (PARTE D)

### Participación estándar de los gastos de venta al por menor

	<b>AmeriHealth Medicare Core PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO</b>
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para un mes</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$9	Copago de \$7	Copago de \$9
2 (Genéricos)	Copago de \$20	Copago de \$8	Copago de \$20
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para dos meses</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$18	Copago de \$14	Copago de \$18
2 (Genéricos)	Copago de \$40	Copago de \$16	Copago de \$40
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70

**COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (PARTE D)**

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$18	Copago de \$14	Copago de \$18
2 (Genéricos)	Copago de \$40	Copago de \$16	Copago de \$40
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$105	Copago de \$105	Copago de \$105

## COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (PARTE D)

### Orden por correo: Costo compartido

	<b>AmeriHealth Medicare Core PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO</b>	<b>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO</b>
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para un mes</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
2 (Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para dos meses</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
2 (Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
1 (Genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
2 (Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
3 (Marca preferida)	25 % Coseguro	25 % Coseguro	25 % Coseguro
4 (No preferido)	37 % Coseguro	30 % Coseguro	30 % Coseguro
5 (Especialidad)	33 % Coseguro	31 % Coseguro	31 % Coseguro
Insulina (Niveles 3, 4 y 5)	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70

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 90 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.

Llámenos o consulte la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web. ([amerihealthmedicare.com](http://amerihealthmedicare.com)) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.

### **Etapas de cobertura en situaciones catastróficas**

Después de alcanzar el máximo anual de \$2,100 en costos de gastos de bolsillo, usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos.

## 5

## SECCIÓN V: RESUMEN DE BENEFICIOS

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Visitas de telemedicina</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>\$0 de copago para visitas médicas generales centradas en visitas de atención urgente.</p> <p>\$0 de copago para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés, etc.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>\$0 de copago para visitas médicas generales centradas en visitas de atención urgente.</p> <p>\$0 de copago para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés, etc.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>\$0 de copago para visitas médicas generales centradas en visitas de atención urgente.</p> <p>\$0 de copago para hablar con un terapeuta o psiquiatra con cita previa para tratar la depresión, la ansiedad, el estrés, etc.</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Visitas de telemedicina (continuación)</b></p>	<p>\$0 de copago para visitas dermatológicas centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones cutáneas como eczema, psoriasis, acné y otras.</p> <p>Teladoc debe utilizarse para las visitas de telemedicina. Los afiliados pueden acceder a Teladoc por teléfono gratuito, videochat seguro o a través de la</p>	<p>\$0 de copago para visitas dermatológicas centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones cutáneas como eczema, psoriasis, acné y otras.</p> <p>Teladoc debe utilizarse para las visitas de telemedicina. Los afiliados pueden acceder a Teladoc por teléfono gratuito, videochat seguro o a través de la</p>	<p>\$0 de copago para visitas dermatológicas centradas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones cutáneas como eczema, psoriasis, acné y otras.</p> <p>Teladoc debe utilizarse para las visitas de telemedicina. Los afiliados pueden acceder a Teladoc por teléfono gratuito, videochat seguro o a través de la</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Visitas de telemedicina (continuación)</b>	plataforma móvil o sitio web seguro de Teladoc, 24/7, 365 días al año.	plataforma móvil o sitio web seguro de Teladoc, 24/7, 365 días al año.	plataforma móvil o sitio web seguro de Teladoc, 24/7, 365 días al año.
<b>Telesalud adicional</b> (Médico primario, especialista, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros profesionales de la salud)	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Médico de atención primaria: \$0 de copago por visita.</p> <p>Especialista: \$55 de copago por visita.</p> <p>Terapia física, ocupacional y del habla: \$35 de copago por visita.</p> <p>Otros profesionales de</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Médico de atención primaria: \$0 de copago por visita.</p> <p>Especialista: \$15 de copago por visita.</p> <p>Terapia física, ocupacional y del habla: \$35 de copago por visita.</p> <p>Otros profesionales de</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Médico de atención primaria: \$0 de copago por visita.</p> <p>Especialista: \$55 de copago por visita.</p> <p>Terapia física, ocupacional y del habla: \$35 de copago por visita.</p> <p>Otros profesionales de</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Telesalud adicional</b> (Médico primario, especialista, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros profesionales de la salud) <b>(continuación)</b></p>	<p>la salud: \$55 de copago por visita.</p> <p>Es posible que no todos los servicios de telesalud estén cubiertos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> No está cubierto.</p>	<p>la salud: \$15 de copago por visita.</p> <p>Es posible que no todos los servicios de telesalud estén cubiertos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> No está cubierto.</p>	<p>la salud: \$55 de copago por visita.</p> <p>Es posible que no todos los servicios de telesalud estén cubiertos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> No está cubierto.</p>
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita ÚNICAMENTE para el reposicionamiento de la columna</p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita ÚNICAMENTE para el reposicionamiento de la columna</p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita ÚNICAMENTE para el reposicionamiento de la columna</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Servicios de quiropráctica (continuación)</b></p>	<p>vertebral para corregir la subluxación.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita (hasta 6 visitas combinadas dentro y fuera de la red por año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p>Las visitas de rutina NO</p>	<p>vertebral para corregir la subluxación.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita (hasta 6 visitas combinadas dentro y fuera de la red por año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p>Las visitas de rutina NO</p>	<p>vertebral para corregir la subluxación.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita (hasta 6 visitas combinadas dentro y fuera de la red por año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p>Las visitas de rutina NO</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
Servicios de quiropráctica (continuación)	cuentan para el importe del MOOP anual.	cuentan para el importe del MOOP anual.	cuentan para el importe del MOOP anual.
Acupuntura.	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$15 de copago por visita (hasta 12 visitas en 90 días; 8 adicionales si se determina que se hace progreso).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$15 de copago por visita (hasta 12 visitas en 90 días; 8 adicionales si se determina que se hace progreso).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$15 de copago por visita (hasta 12 visitas en 90 días; 8 adicionales si se determina que se hace progreso).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Acupuntura. (continuación)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$15 de copago por visita (hasta 6 visitas al año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p>Los asociados deben padecer alguna de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, dolor lumbar, dolor cervical</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$15 de copago por visita (hasta 6 visitas al año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p>Los asociados deben padecer alguna de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, dolor lumbar, dolor cervical</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$15 de copago por visita (hasta 6 visitas al año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p>Los asociados deben padecer alguna de las siguientes afecciones: dolor de cabeza (migraña y tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, dolor lumbar, dolor cervical</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Acupuntura. (continuación)</b>	crónico o dolor por osteoartritis de rodilla y cadera.  Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.	crónico o dolor por osteoartritis de rodilla y cadera.  Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.	crónico o dolor por osteoartritis de rodilla y cadera.  Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.
<b>Servicios de podiatría</b>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p>	<p><b>Cubierto por Medicare</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> \$15 de copago por visita.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> 50 % del costo total.</p> <p><b>Cuidados de rutina</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<b>Servicios de podiatría (continuación)</b>	<p>\$15 de copago por visita (hasta 6 visitas por año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p>Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.</p>	<p>\$15 de copago por visita (hasta 6 visitas por año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p>Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.</p>	<p>\$15 de copago por visita (hasta 6 visitas por año).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>50 % del costo total.</p> <p>Las visitas de rutina NO cuentan para el importe del MOOP anual.</p>
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>\$0 copago.</p> <p>El programa incluye acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital bajo</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>\$0 copago.</p> <p>El programa incluye acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital bajo</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de red:</u></b></p> <p>\$0 copago.</p> <p>El programa incluye acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital bajo</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (continuación)</b></p>	<p>demanda y transmitido en vivo, kits para casa, actividades físicas seleccionadas y acceso a un entrenamiento cerebral completo, incluida una prueba cognitiva inicial y un programa de entrenamiento cerebral centrado en la estimulación cognitiva y ejercicios de rehabilitación neurológica.</p> <p>Los asociados deben utilizar</p>	<p>demanda y transmitido en vivo, kits para casa, actividades físicas seleccionadas y acceso a un entrenamiento cerebral completo, incluida una prueba cognitiva inicial y un programa de entrenamiento cerebral centrado en la estimulación cognitiva y ejercicios de rehabilitación neurológica.</p> <p>Los asociados deben utilizar</p>	<p>demanda y transmitido en vivo, kits para casa, actividades físicas seleccionadas y acceso a un entrenamiento cerebral completo, incluida una prueba cognitiva inicial y un programa de entrenamiento cerebral centrado en la estimulación cognitiva y ejercicios de rehabilitación neurológica.</p> <p>Los asociados deben utilizar</p>

## Otros beneficios médicos

Beneficios y servicios	AmeriHealth Medicare Core PPO	AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	AmeriHealth Medicare Ultimate PPO
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (continuación)</b></p>	<p>un gimnasio/centro de fitness de la red One Pass™ e inscribirse en el programa One Pass.</p> <p>Se denegarán las membresías y los servicios de gimnasios recibidos en gimnasios que no sean One Pass.</p>	<p>un gimnasio/centro de fitness de la red One Pass™ e inscribirse en el programa One Pass.</p> <p>Se denegarán las membresías y los servicios de gimnasios recibidos en gimnasios que no sean One Pass.</p>	<p>un gimnasio/centro de fitness de la red One Pass™ e inscribirse en el programa One Pass.</p> <p>Se denegarán las membresías y los servicios de gimnasios recibidos en gimnasios que no sean One Pass.</p>

## 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 COE.
- 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 2027.
- 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.
- Efectos en la cobertura actual. Su cobertura actual de salud terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si usted está en un plan de Tricare o Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.

## EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Para obtener información actualizada sobre los proveedores de planes, visite nuestra página web en [amerihealthmedicare.com](http://amerihealthmedicare.com), o llame a nuestro Equipo de atención al asociado 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 los fines de semana y los días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre, su llamada puede ser enviada al correo 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 Local PPO planes con un contrato de Medicare. La afiliación en AmeriHealth PPO depende de la renovación del contrato.

AmeriHealth La cobertura de Medicare emitida por AmeriHealth Insurance Company of New 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 suplementarios 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. **Comuníquese 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। অ্যাঞ্জেসিবল 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 èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma 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 yánílti'go, t'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anida'awo'í ná hóló. T'áadoole'é binahjí' bee adahodooníí diné bich'í' anídahazt'í'í bee bika'anida'awo'í beego bee baa dahane'í baa dahwiizt'í'go hadadilyaaígíí aldó' t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 1-800-275-2583 (TTY: 711) hodííliníh doodago nika'análawo'í bich'í' hanidziíh.

**Pennsilfaanisch-Deutsch:** WICHDICH: Wann du Deutsch schwetzsch, kenne mer dich Schpooch-Hilf beigrige, unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne dich aa differnti Sadde Hilf beigrige, 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 పార్కాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక పరికరాలు అలాగే సేవలు కూడా ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) నంబర్కు కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్తో 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 o bá nsọ Yorùbá, àwọn isẹ àtìlẹhin èdè lófẹẹ wà lárowótó rẹ. Àwọn isẹ àtìlẹhin iránlówó tó yè láti pèsè lúfúnni ní ọna irááyèsì kíkà wà lárowótó bakanna lófẹẹ. Pẹ 1-800-275-2583 (TTY: 711) tábi 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:

[civilrightscoordinator@1901market.com](mailto:civilrightscoordinator@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](http://www.healthinsurancehosting.com/notices).

3545000 (04/25)  
MA15590 (04/25)  
Y0041\_HM\_25\_123991\_C

esta página se deja intencionalmente en blanco



PO Box 13713

Filadelfia, PA 19101-3713

[amerihealthmedicare.com](http://amerihealthmedicare.com)

**GRACIAS**