



Fe de Errata

Para la Notificación Anual de Cambios, el Resumen de Beneficios y la Evidencia de Cubierta del 2010:

AHM_Platino Plus (HMO)

El documento que se incluye es una revisión de la Notificación Anual de Cambios, el Resumen de Beneficios y la Evidencia de Cubierta de AHM_Platino Plus (HMO), correspondiente al período del 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2010.

Le recomendamos que para futuras referencias mantenga este documento junto a su Notificación Anual de Cambios, el Resumen de Beneficios, la Evidencia de Cubierta y cualquier otro documento que American Health Medicare le haya enviado.

Para información adicional puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Cliente de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm, libre de costo al 1-888-620-1919. Personas con impedimentos auditivos (TTY/TDD) pueden llamar al 1-866-620-2520. Nuestras horas de oficina son de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm.

Gracias,

American Health Medicare

H5774_1009_10_17_S

Fecha de Aprobación por CMS: 12/07/2009

American Health Medicare es una Organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare y con la Administración de Seguros de Salud (ASES).

PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico, 00922-9905 • Tel. 1-888-620-1919
• 1-866-620-2520 (TTY/TDD)

Cambios en beneficios que se deben añadir a la Notificación Anual de Cambios del 2010:

Beneficio	AHM_Platino Plus (HMO) 2009	AHM_Platino Plus (HMO) 2010
Exámenes Físicos	En-la-Red \$0 co-pago por exámenes de rutina.	En-la-Red Cuando usted obtiene la Parte B, usted tiene derecho a un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cubierta de la Parte B.
	Evaluación física anual comprensiva. Certificado médico rutinario.	Exámenes de rutina no están cubiertos.
		\$0 copago en beneficios cubiertos por Medicare.
Educación en Salud y Bienestar	Está cubierto si es ordenado por su doctor. Incluye dos intentos de consejería dentro de un periodo de 12 meses si eres diagnosticado con alguna enfermedad relacionada al cigarrillo o si esta tomando algún medicamento que pueda afectarse por el tabaco. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara. Usted paga co-seguro, y aplica el deducible de la Parte B.	El Plan cubre los siguientes beneficios de salud y bienestar: - Sesiones para dejar de fumar adicionales Cada intento de consulta para cesar de fumar incluye hasta 2 visitas al año.

Correcciones al Resumen de Beneficios:

Beneficio	AHM_Platino Plus (HMO) 2010 Documento Impreso	Corrección al Documento/Información que se debe añadir
<p>Medicamentos Recetados- Página 23, Artículo 29 en el Resumen de Beneficios</p>	<p>Medicamentos para quimio-terapia de la parte B. No indica</p> <p>Cubierta Inicial Dependiendo de su ingreso y su estatus institucional, usted paga lo siguiente: Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos), cualquiera: \$0 co-pago ó \$1.10 co-pago ó \$2.50 co-pago</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados, cualquiera: \$0 co-pago ó \$3.30 co-pago ó \$6.30 co-pago</p> <p>Cubierta del Gap: No indica</p>	<p>0% del costo de medicamentos para quimio-terapia de la parte B</p> <p>Cubierta Inicial Dependiendo de su ingreso y su estatus institucional, usted paga lo siguiente: Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos): Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados: Código #10: \$0 Código #11: \$0.50</p> <p>Cubierta del Gap: El plan AHM_Platino Plus (HMO) no tiene etapa de "GAP" por lo que usted permanece en la Cubierta Inicial: Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de</p>

Beneficio	AHM_Platino Plus (HMO) 2010 Documento Impreso	Corrección al Documento/Información que se debe añadir
		<p>marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0.50</p>
	<p>Cubierta Catastrófica Después que los costos anuales de medicamentos recetados que salen de su bolsillo alcanzan \$4,550, usted paga \$0 co-pago.</p>	<p>Cubierta Catastrófica El plan AHM_Platino Plus (HMO) no tiene etapa de Cubierta Catastrófica por lo usted permanece en la Cubierta Inicial:</p> <p>Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0.50</p>

Beneficio	AHM_Plantino Plus (HMO) 2010 Documento Impreso	Corrección al Documento/Información que se debe añadir
	<p>Cubierta Inicial Fuera-de-la-Red Dependiendo de su ingreso y estatus institucional, a usted se le reembolsará por AHM_Plantino Plus (HMO) hasta el costo completo del medicamento recetado menos los siguientes:</p> <p>Medicamentos genéricos recetados comprados Fuera-de-la-Red (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos), cualquiera: \$0 co-pago ó \$1.10 co-pago ó \$2.50 co-pago</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados comprados Fuera-de-la-Red \$0 co-pago ó \$3.30 co-pago ó \$6.30 co-pago</p>	<p>Cubierta Inicial Fuera-de-la-Red Dependiendo de su ingreso y su estatus institucional, usted paga lo siguiente por un suministro de 10 días:</p> <p>Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos): Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados: Código #10: \$0 Código #11: \$0.50</p>

Beneficio	AHM_Platino Plus (HMO) 2010 Documento Impreso	Corrección al Documento/Información que se debe añadir
	<p>Cubierta Catastrófica Fuera-de-la-Red</p> <p>Después que los costos anuales de medicamentos recetados que salen de su bolsillo alcanza \$4,550, a usted se le reembolsará por completo por medicamentos recetados comprados Fuera-de-la-Red.</p>	<p>Cubierta Catastrófica Fuera-de-la-Red</p> <p>El plan AHM_Platino Plus (HMO) no tiene etapa de Cubierta Catastrófica Fuera de la Red por lo tanto usted permanece en la Cubierta Inicial Fuera de la Red:</p> <p>Para suministro de 10 días: Medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0.50</p>
<p>Servicios Dentales Comprensivos- Página 30, Artículo 30 en el Resumen de Beneficios</p>	<p>Límite de \$500 para beneficios dentales comprensivos cada dos años.</p>	<p>El plan ofrece beneficios dentales comprensivos los cuales alcanzan un máximo de \$500 cada dos años. Los beneficios cubiertos bajo este beneficio son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Emergencia - Servicio de Diagnóstico - Endodoncia/Periodoncia/Extracciones - Prostodoncia/Otros Servicios

Corrección para tabla de copagos de Medicamentos Recetados en Pág. 88 de Evidencia de Cubierta

	Farmacia de la Red		Servicio de Orden por Correo		Farmacia de Cuidado a Largo Plazo de la Red		Farmacia Fuera de la Red (cubierta es limitada a ciertas situaciones vea capítulo 5 para más detalles)	
	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código	Código
Costo- Compartido Nivel 1 Medicamentos Genéricos	#10	#11	#10	#11	#10	#11	#10	#11
	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 31 días) \$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 31 días) \$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 10 días) \$0 copago (suministro de 10 días)	\$0 copago (suministro de 10 días) \$0 copago (suministro de 10 días)
Costo- Compartido Nivel 2 Medicamentos de Marca	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	φ50 copago (suministro de 30 días) \$1.50 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	φ50 copago (suministro de 30 días) \$1.50 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 31 días) \$0 copago (suministro de 31 días)	φ50 copago (suministro de 31 días) \$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 10 días) \$0 copago (suministro de 10 días)	φ50 copago (suministro de 10 días) \$0 copago (suministro de 10 días)