



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

**Resumen de Beneficios para el
Plan AHM_Platino Plus**
1 de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Puerto Rico

SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en nuestro **Plan Platino Plus**. Nuestro plan es ofrecido por AMERICAN HEALTH MEDICARE, una Organización de Manejo de Salud (HMO) Medicare Advantage, con un Plan para Necesidades Especiales. Este Plan está diseñado para personas que cumplan con criterios de necesidades especiales.

Usted puede ser elegible a este plan si usted recibe asistencia del estado y de Medicare.

Todos los costos compartidos de este resumen de beneficios esta basado en su nivel de elegibilidad de la Reforma de Salud.

Favor de comunicarse con el **Plan AHM Platino Plus** para determinar si es usted elegible. Nuestro número telefónico se encuentra al final de esta introducción.

Este Resumen de Beneficios le dice algunas de las características de nuestro plan. No enumera todos los servicios que cubrimos, todas las limitaciones, ni todas las exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor llame al **Plan AHM Platino Plus** y pida la “Evidencia de Cubierta”.

USTED TIENE OPCIONES PARA SU CUIDADO DE SALUD

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Medicare Original de pago-por-servicio. Otra opción es un plan de salud Medicare Advantage, como American Health Medicare **Plan Platino Plus**. Usted puede tener otras opciones, también. Es su decisión. No importa lo que decida, todavía estará en el Programa Medicare.

Si usted es elegible para Reforma y Medicare (elegible dual) usted puede afiliarse o desafilarse del plan en cualquier momento.

Favor de llamar a American Health Medicare **Plan Platino Plus** al teléfono que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar el **Plan Platino Plus** de American Health Medicare con el Plan Medicare Original usando este Resumen de Beneficios. Las tablas en este panfleto enumeran algunos beneficios importantes. Para cada beneficio, puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el Plan Medicare Original. Nuestros beneficiarios reciben

todos los beneficios que ofrece el Plan Medicare Original. También ofrecemos más beneficios, que pueden cambiar de un año a otro.

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE EL PLAN AHM PLATINO PLUS?

El área de servicio para este plan incluye:

Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerio, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovi, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, Yauco Pueblos en PR. Usted debe residir en uno de estos pueblos para afiliarse al plan

¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE AL PLAN AHM PLATINO PLUS?

Usted puede afiliarse al Plan Platino Plus si usted tiene derecho a la Parte A de Medicare, se ha afiliado a la Parte B, y vive dentro del área de servicio. Sin embargo, individuos con Fallo Renal en etapa terminal no son elegibles para afiliarse **Plan Platino Plus** de American Health Medicare a menos que, sean miembros de nuestra organización desde que comenzó su diálisis.

Usted debe recibir asistencia del estado para afiliarse a este plan.

Favor de llamar al plan para verificar si es elegible.

¿PUEDO ESCOGER A MIS DOCTORES?

AHM Plan Platino Plus ha organizado una red de doctores, especialistas y hospitales. Sólo puede usar doctores que sean parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores vigente para una lista actualizada o visitarnos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com. El número de teléfono de Servicio al Cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VOY A UN DOCTOR QUE NO ESTÁ EN ESTA RED?

Si opta por ir a un doctor fuera de la red, tendrá que pagar usted mismo por este servicio. Ni American Health Medicare ni el Plan Medicare Original pagarán por el servicio.

¿CUBRE MI PLAN LAS MEDICINAS DE MEDICARE PARTE B O PARTE D?

El **Plan Platino Plus** de American Health Medicare cubre medicinas recetadas de Parte B y también de Parte D de Medicare.

¿DÓNDE OBTENGO MIS MEDICAMENTOS SI ME AFILIO A ESTE PLAN?

AHM Plan Platino Plus ha organizado una red de farmacias. Puede usar cualquier farmacia en nuestra red para recibir los beneficios del plan. Si usted utiliza otra farmacia fuera de la red, puede que no sea cubierto el medicamento, excepto en ciertos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar una Lista de Red de Farmacias actualizada o visitarnos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com. Nuestro número de teléfono de Servicios al Cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUE ES EL FORMULARIO DE MEDICINAS RECETADAS?

El **Plan Platino Plus** de American Health Medicare, utiliza un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para cumplir con las necesidades del paciente. Podemos periódicamente añadir, remover y hacer cambios en las limitaciones de ciertos medicamentos o cambiar cuanto usted paga por un medicamento. Si hacemos cambios en el formulario los cuales limiten la habilidad del paciente de adquirir su receta, los afiliados afectados serán notificados por escrito antes de efectuarse los cambios. Le enviaremos un formulario a usted o puede ver el formulario completo en nuestra página de Internet www.ahmpr.com.

Si usted actualmente esta tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a requerimientos y limitaciones adicionales, puede ser que reciba un suplido temporero de su medicamento. Puede contactarnos para solicitar una excepción o para cambiar a un medicamento alterno de nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para ver como usted puede conseguir un suplido temporero de su medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿COMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS?

Usted podrá obtener ayuda adicional para pagar por sus costos y primas de medicamentos. Para ver calificación para obtener ayuda adicional, llamar a:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD usuarios pueden llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana.

*Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., Lunes a Viernes. TTY/TDD usuarios deben llamar al 1-800-325-0778 o

*Su oficina de Reforma del estado.

¿CUALES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage aceptaron quedarse en el programa por un año completo a la vez. Cada año, los planes deciden si continúan por otro año. Aún si el Plan Medicare Advantage decide dejar el programa, usted no perderá su cubierta de Medicare. Si un plan decide no continuar, le debe enviar una carta al menos 90 días antes que termine su cubierta. La carta le explicará sus opciones para de cubierta de Medicare dentro de su área.

Como afiliado de American Health Medicare **Plan Platino Plus**, usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta, la cual incluye el derecho de requerir una excepción, el derecho de someter una apelación si le denegamos la cubierta de un medicamento recetado y el derecho de someter su querella. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta si usted desea que le cubramos un medicamento de la Parte D que usted crea deba ser cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cubierta. Usted puede solicitarnos una excepción si usted cree que necesita un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos o si usted cree que debe recibir un medicamento no-preferido a un costo menor. Usted también puede pedir una excepción a la regla de utilización de costos, tales como el límite en la cantidad del medicamento. Si usted cree que necesita una excepción, debe contactarnos antes de que trate de solicitar los medicamentos a la farmacia. Su médico debe proveer una declaración para justificar el pedido de la excepción. Si denegamos la cobertura de sus medicamento(s) recetado(s), usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de someter una querella si usted tiene algún tipo de problema con nosotros o algunas de nuestras farmacias de la red que no envuelva cobertura para un medicamento recetado.

Si tu problema envuelve calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de hacer una querella a la Organización de Mejora de Calidad (QIO) del estado,
Organización de Investigación Profesional de Mejora de Calidad (QIPRO)
787-641-1240 Ext.6221 ó 6222 durante horas laborables
787-340-2660 en fines de semana.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICACIÓN (MTM)?

Un Programa de Manejo de Terapia de Medicación (MTM) es un beneficio libre de costo que su plan puede ofrecer. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado de acuerdo a sus necesidades específicas de salud y de farmacia. Usted puede decidir no participar, pero se le recomienda que aproveche por completo de este beneficio cubierto

si usted es seleccionado. Llame **Plan Platino Plus** de American Health Medicare para más detalles.

¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTO PUEDE SER CUBIERTO BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

Algunos medicamentos recetados ambulatorios pueden ser cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, pero no se limitan, los siguientes tipos de medicamentos. Contacte AHM Platino Plus para más detalles.

- Algunos Antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por el personal instruido apropiadamente (el cual puede ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la Osteoporosis: Medicamentos inyectables para la Osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropeina (Epoetin alfa o Epogen ®): Por inyección si usted tiene una condición renal en etapa final (fallo renal permanente el cual requiere diálisis o transplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de Coagulación de Hemofilia: Factores de coagulación administrados por uno mismo si tiene hemofilia.
- Medicamentos Inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables, administrados incidentalmente a un servicio médico.
- Medicamentos Inmunosupresivos: Terapia de medicamentos Inmunosupresivos para pacientes transplantados, si el transplante fue pagado por Medicare o por un seguro privado que pagó como pagador primario a su cubierta de la Parte A de Medicare, en una facilidad certificada de Medicare.
- Algunos medicamentos orales para Cáncer: Si el medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos anti-nauseas orales: Si usted es parte de un regimen de quimioterapia para anti-cáncer. Medicamentos inhalados o de infusión provistos por un DME.

CALIFICACIÓN DEL PLAN

El programa de Medicare califica cuan bien los planes se desempeñan en diferentes categorías (por ejemplo, detectando y previniendo enfermedades, calificación de pacientes y servicio al cliente). Si usted tiene acceso a “Internet” usted debe utilizar los instrumentos de “Internet” en www.medicare.gov y seleccionar “Comparar planes de medicamentos de Medicare” o “Comparar Planes Médicos y Políticas de Medigap en tu área”. Usted también nos puede llamar directamente al 1-888-620-1919 para obtener una copia de las calificaciones del plan para este plan. Usuarios de TTY llamar al 1-866-620-2520.

Favor de llamar a American Health Medicare para más información sobre el Plan Platino Plus.

Visítenos en www.ahmpr.com o llámenos:

Horario de Servicio al Cliente:

lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo, 8:00 am -8:00 pm

Miembros actuales deben llamar libre de cargos al (888) 620-1919 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros prospectos deben llamar libre de cargos al (866) 620-2420 para preguntas relacionadas al programa de Medicare Advantage. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros actuales deben llamar localmente al (888) 620-1919 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros prospectos deben llamar localmente al (866) 620-2420 para preguntas relacionadas al programa de Medicare Advantage. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros actuales deben llamar libre de cargos al (888) 620-1919 para preguntas relacionadas al Programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros prospectos deben llamar libre de cargos al (866) 620-2420 para preguntas relacionadas al programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros actuales deben llamar localmente al (888) 620-1919 para preguntas relacionadas al Programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Miembros prospectos deben llamar localmente al (866) 620-2420 para preguntas relacionadas al programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Para más información sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Pueden llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.
O visite www.medicare.gov en Internet. Si usted tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | | |
|--|---|--|---|
| Beneficio | AHM_Platino Plus | | |
| INFORMACIÓN IMPORTANTE | | | |
| <p>1. Prima y Otra Información Importante</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Todos los costos compartidos de Medicare pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicare.</p> <p>En el 2009 la prima mensual de la Parte B es \$0 o \$96.40 y cambiará para el 2010 y el deducible de la Parte B es \$0 o \$135.00 y cambiará para el 2010.</p> <p>Si un médico o un suplidor no aceptan su caso, sus costos serán más altos, lo cual significa que usted pagará más.</p> <p>La mayoría de la gente pagará la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, comenzando el 1 de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima mayor debido a su entrada de dinero anual. (en el 2009 esta cantidad era de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas. Esta cantidad podría cambiar para el 2010). Para mayor información relacionada a las primas de la Parte B basadas en la entrada de</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>General</p> <p>\$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos de Medicare pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicare.</p> <p>American Health Medicare reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$25.00.</p> </td> </tr> </table> | <p>Todos los costos compartidos de Medicare pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicare.</p> <p>En el 2009 la prima mensual de la Parte B es \$0 o \$96.40 y cambiará para el 2010 y el deducible de la Parte B es \$0 o \$135.00 y cambiará para el 2010.</p> <p>Si un médico o un suplidor no aceptan su caso, sus costos serán más altos, lo cual significa que usted pagará más.</p> <p>La mayoría de la gente pagará la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, comenzando el 1 de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima mayor debido a su entrada de dinero anual. (en el 2009 esta cantidad era de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas. Esta cantidad podría cambiar para el 2010). Para mayor información relacionada a las primas de la Parte B basadas en la entrada de</p> | <p>General</p> <p>\$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos de Medicare pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicare.</p> <p>American Health Medicare reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$25.00.</p> |
| <p>Todos los costos compartidos de Medicare pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicare.</p> <p>En el 2009 la prima mensual de la Parte B es \$0 o \$96.40 y cambiará para el 2010 y el deducible de la Parte B es \$0 o \$135.00 y cambiará para el 2010.</p> <p>Si un médico o un suplidor no aceptan su caso, sus costos serán más altos, lo cual significa que usted pagará más.</p> <p>La mayoría de la gente pagará la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, comenzando el 1 de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima mayor debido a su entrada de dinero anual. (en el 2009 esta cantidad era de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas. Esta cantidad podría cambiar para el 2010). Para mayor información relacionada a las primas de la Parte B basadas en la entrada de</p> | <p>General</p> <p>\$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos de Medicare pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicare.</p> <p>American Health Medicare reducirá su prima de Medicare Parte B hasta \$25.00.</p> | | |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|---|---|---|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Platino Plus |
| <p>2. Opción de Doctor y Hospital (Para más información, vea Emergencia - #15 y Cuidado de Urgencia - #16)</p> | <p>Puede ir a cualquier doctor, especialista y hospital que acepte Medicare</p> | <p>En-la-Red Tiene que ir a doctores, especialistas u hospitales de la red. Se requiere referido para especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p> |
| HOSPITALIZACIÓN | | |
| <p>3 - Hospitalización (Incluye servicio por Abuso de Sustancias y Rehabilitación)</p> | <p>Las cantidades para el 2009 para cada periodo de beneficio son \$0 o: Día 1-60: deducible inicial de \$1,068.00 Día 61-90: \$267.00 cada día Día 91-150: \$534.00 por cada día de la reserva de por vida. Estas cantidades cambiarán para el 2010. Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre días de reserva de por vida.</p> | <p>En la Red \$0 de co-pago</p> <p>El plan cubre 90 días en cada periodo del beneficio</p> <p>Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle a AHM que usted va a ser admitido al</p> |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|--|--|---|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Platino Plus |
| | <p>Un "periodo de beneficio empieza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de Enfermería Diestra." Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin ingresar en un hospital o centro de enfermería diestra. Si usted ingresa en un hospital después de terminar un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio empieza. Usted debe pagar el deducible por cada periodo de beneficio. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.</p> | <p>hospital.</p> <p>Cubierta comienza en el primer día en cubierta No-Medicare, sin limitaciones</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$3.00</p> |
| 4. Hospitalización en Facilidad de Salud Mental | <p>Paga el mismo deducible y co-pagos como hospitalización en hospital (vea "hospitalización en hospital" arriba).</p> | <p>En-la-Red \$0 co-pago</p> |
| | <p>Usted tiene un límite 190 días en un Hospital Psiquiátrico en toda su vida.</p> | <p>Usted tiene un límite 190 días en un Hospital Psiquiátrico en toda su vida.</p> |
| | | <p>Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle a EL PLAN que usted va a ser admitido al hospital.</p> <p>Cubierta comienza en el primer día en cubierta</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|--|--|---|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Plantino Plus |
| 5. Hospitalización en Facilidad de Enfermería Diestra (En una institución de cuidado de enfermería diestra certificada por Medicare) | En el 2009 las cantidades para cada periodo de beneficio de una estadía de por lo menos 3 días en el hospital: Día 1-20: \$0 por cada día*. Día 21-100: \$0 o \$133.50 por cada día*. Estas cantidades cambiarán para el 2010. | No-Medicare, sin limitaciones Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$3.00 |
| | Hay un límite de 100 días para cada periodo de beneficio. | General Reglas de autorización pueden aplicar. En-la-Red \$0 co-pago para Servicios de Enfermería Diestra |
| | Un "periodo de beneficio empieza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de Enfermería Diestra." Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin ingresar en un hospital o centro de enfermería diestra. Si usted ingresa en un hospital después de terminar un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio empieza. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener. | El plan tiene 100 días de cobertura para cada periodo de beneficio. Se requieren 3 días de hospitalización previa. |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|--|--------------------|--|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Plantino Plus |
| 6. Cuido de Salud en el Hogar (Incluye cuidado intermitente de enfermera médicamente necesario, servicios de asistencia de salud en el hogar, y servicios de rehabilitación, etc.) | \$0 co-pago | General Reglas de autorización pueden aplicar. En-la-Red \$0 co-pago por visitas al hogar cubiertas por Medicare. |
| | 7. Hospicio | Usted paga por parte del costo de medicinas de ambulatorio y cuidado de facilidad hospitalaria. Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare. |
| CUIDADO AMBULATORIO | | |
| 8. Visitas a Consultorio Médico | 0% o 20% co-seguro | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | | En-la-Red \$0 co-pago por cada visita a un doctor de cuidado primario o especialista cubierto por Medicare. \$0 co-pago para el costo por cada visita de cuidado en urgencias en área de la red cubierto por Medicare. |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|--|--|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | <p>\$0 co-pago por cada visita a un especialista cubierto por Medicare.</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00</p> |
| 9. Servicios de Quiropráctico | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> |
| | <p>En-la-Red \$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare.</p> <p>Hasta 5 vistas de rutina al año.</p> |
| 10. Servicios de Podiatría | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> |
| | <p>En-la-Red \$0 co-pago por beneficios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Hasta 4 vistas de rutina al año.</p> |
| Beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son | |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|--|--|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | para cuidado de los pies que sea médicamente necesario. |
| 11. Salud Mental Ambulatorio | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | En-la-Red \$0 co-pago por visitas para Salud Mental cubiertas por Medicare. |
| 12. Cuido Ambulatorio por Abuso de Sustancias | Servicios de Intervención de emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana. Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00 |
| | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| 13. Servicios de Cirugía Ambulatoria | En-la-Red \$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare. Servicios de Intervención de emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana. Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00 |
| | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | En-la-Red \$0 co-pago por cada visita a un centro de cirugía |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|--|
| Beneficio | AHM_Platino Plus |
| | <p style="text-align: center;">Medicare Original</p> <p>ambulatoria cubierta por Medicare. \$0 co-pago por cada visita a una facilidad de hospital ambulatorio cubierta por Medicare. Esterilización voluntaria para hombres y mujeres de edad apropiada, orientados previamente sobre implicaciones del procedimiento medico. El medico debe evidenciar un consentimiento escrito del paciente. Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00</p> |
| 14. Servicio de Ambulancia (Servicio de ambulancia médicamente necesario) | 0% o 20% co-seguro |
| | 0% o 20% co-seguro para el doctor 0% o 20% por cargo por uso de las facilidades. |
| 15. Cuidado de Emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencia si usted razonablemente cree que necesita cuidado de emergencia) | Usted no tiene que pagar el co-pago de sala de emergencia si se admite al hospital por la misma condición dentro de 3 días de su visita a la sala de emergencia. NO está cubierto fuera de Estados |
| | General Reglas de autorización pueden aplicar. En-la-Red \$0 co-pago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. En-la-Red \$0 co-pago por visitas a sala de emergencias cubiertas por Medicare. |
| | Cubierta Mundial |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|---|---|--|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Plantino Plus |
| 16. Cuidado de Urgencia (Esto NO es cuidado de emergencia y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio). | Unidos excepto bajo circunstancias limitadas. | General \$0 o \$5 co-pago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare. |
| | 0% o 20% co-seguro | |
| 17. Servicio Ambulatorio de Rehabilitación (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y el Idioma) | NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas. | General Reglas de autorización pueden aplicar. En-la-Red \$0 co-pago por Visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare. \$0 co-pago por visitas a Terapia física y del Habla/Lenguaje. |
| | 0% o 20% co-seguro | |
| | | |
| SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS AMBULATORIOS | | |
| 18. Equipo Médico Duradero (Incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.) | 0% o 20% co-seguro | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | | En-la-Red \$0 co-pago por equipo cubierto por Medicare. |
| 19. Aparatos Prostéticos | 0% o 20% co-seguro | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | | |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| (Incluye abrazaderas, extremidades y ojos artificiales, etc.) | <p>En-la-Red 0 % a 5% del costo de artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red \$0 co-pago por entrenamiento de auto-monitoreo de Diabetes.</p> |
| <p>20. Adiestramiento para auto monitoreo de Diabetes, Terapia Nutricional y Suplidos</p> <p>(Incluye cubierta para monitor de glucosa, bandas de prueba, lancetas, pruebas de cermimiento y entrenamiento para auto-manejo)</p> | <p>0% o 20% co-seguro</p> <p>La Terapia Nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedades en los riñones (pero nos son dializadas o no han tenido trasplante del riñón) cuando sea referido por un médico. Estos servicios pueden ser provistos por una nutricionista registrada o incluir una evaluación nutricional y consultas para ayudarlo a manejar su diabetes o enfermedad del riñón.</p> |
| <p>21. Pruebas diagnósticas, Rayos X y Laboratorios</p> | <p>\$0 co-pago por Terapia de Nutrición para Diabetes.</p> <p>\$0 co-pago por suplidos para Diabetes.</p> <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red \$0 de co-pago cubiertos por Medicare:</p> |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|---|
| Beneficio | AHM_Platino Plus |
| Medicare Original | - Servicios de laboratorio |
| Servicios de Laboratorio: Medicare cubre servicios diagnósticos de laboratorio médicamente necesarios y que son ordenados por su doctor (que la trata) cuando son provistos por un laboratorio Certificado (CLIA) participante en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio se hacen para que su doctor diagnostique una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre los exámenes de discernimiento de rutina como cotejar su colesterol. | - Rayos-X |
| | - Servicios de radiología diagnóstica (no incluye rayos-X) |
| | - Servicios de radiología terapéutica |
| | - Procedimientos diagnósticos y pruebas |
| SERVICIOS PREVENTIVOS | |
| 22. Medición de Masa Ósea (Para personas con Medicare que están en riesgo) | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| 23. Examen de Cernimiento Coló-rectal (Para personas con Medicare de 50 años o más) | En-la-Red \$0 co-pago por cada Medición de Masa Ósea cubierta por Medicare. General Reglas de autorización pueden aplicar. En-la-Red \$0 de co-pago por exámenes de cernimiento colorrectal cubiertos por Medicare |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|--|---|--|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Platino Plus |
| 24. Vacunas (Vacunas de Influenza, Hepatitis B – para personas con Medicare que están en riesgo. Vacuna de Neumonía) | \$0 de co-pago por vacunas de Neumonía e Influenza | En-la-Red \$0 de co-pago por vacunas de Influenza y Neumonía. |
| | 0% o 20% de co-seguro para vacunas de Hepatitis B. | \$0 de co-pago por vacuna de Hepatitis B. |
| Es posible que sólo necesite la vacuna de Neumonía una vez en la vida. Hable con su doctor para más información. | No se necesita referido para las vacunas de Influenza y Neumonía. Vacunas para niños de 0 a 21 años de edad provistas por el Departamento de Salud (DOH). <ul style="list-style-type: none"> a. Difteria b. Polio (ipv) c. Polio (opv) d. Hepatitis B e. MMR f. Tétano (TD) g. Pulmonía h. HPV i. Tetramune (DTP-Hip) j. Inmunoglobulina k. Synagis para bebés l. Hepatitis A vacuna para niños de 12 a 17 meses de edad | |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|--|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | <p>m. Tétano/Difteria refuerzo cada 10 años</p> <p>n. Vacuna de Varicelas para niños de 12 años</p> <p>o. PCV-7 para niñas y adolescentes</p> <p>p. Influenza para 65 años o mas</p> <p>Para Vacunas que no están cubiertas por el Paquete de Beneficios de Medicare, estas son provistas por el Departamento de Salud de Puerto Rico (PRHD).</p> <p>El GHIP cubre la administración de las vacunas de acuerdo al horario establecido por la PRHD.</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de Cubierta 011: \$0.00</p> |
| <p>25. Mamografía (Para mujeres con Medicare de 40 años o más)</p> | <p>En-la-Red</p> <p>\$0 de co-pago por exámenes de cernimiento de mamografías cubiertos por Medicare.</p> |
| | <p>0% o 20% co-seguro</p> <p>No se necesita referido.</p> <p>Cubre una vez al año para las mujeres con Medicare de 40 años o más. Una mamografía de base para mujeres con Medicare dentro de las edades de 35-39.</p> |
| | <p>\$0 de co-pago por Prueba PAP.</p> |
| <p>26. Prueba PAP y Examen Pélvico (Para mujeres con Medicare)</p> | <p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> |
| | <p>En-la-Red</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|---|---|---|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Plantino Plus |
| | una vez (1) al año para mujeres con Medicare de alto riesgo.) | \$0 de co-pago para Pruebas PAP y Examen Pélvico cubiertos por Medicare |
| | 0% o 20% co-seguro para exámenes Pélvicos | |
| 27. Exámenes de cernimiento para cáncer de la Próstata (Para hombres con Medicare de 50 años o más) | 0% o 20% de co-seguro por exámenes rectales digitales. | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | \$0 por el examen PSA; 0% o 20% co-seguro por otros servicios relacionados. | En-la-Red Código 10 & 11: \$0 de co-pago por exámenes de discernimiento de la próstata cubiertos por Medicare. |
| | Cubre una vez al año para hombres con Medicare mayor de 50 años. | |
| 28- Enfermedad Renal en Etapa Final ESRD | 0% o 20% de co-seguro por diálisis. | General Reglas de autorización pueden aplicar. |
| | \$0 co-pago por Terapia de Nutrición para Diabetes por Enfermedad Renal en Etapa Final. | En-la-Red \$0 de co-pago por diálisis renal |
| | La Terapia Nutricional es para | \$0 de co-pago por Terapia de Nutrición por |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|---|--|--|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Platino Plus |
| | <p>personas que tienen diabetes o enfermedades en los riñones (pero nos son dializadas o no han tenido trasplante del riñón) cuando sea referido por un médico. Estos servicios pueden ser provistos por una nutricionista registrada o incluir una evaluación nutricional y consultas para ayudarlo a manejar su diabetes o enfermedad del riñón.</p> | <p>Enfermedad Renal.</p> |
| <p>29. Medicamentos Recetados</p> | <p>La mayoría de las medicinas no están cubiertas por Medicare Original. Usted puede añadir medicinas recetadas a su cubierta de Medicare Original al unirse al Plan de Medicare de Medicinas Recetadas o usted puede obtener toda su cubierta de Medicare, incluyendo una cubierta de medicamentos, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos.</p> | <p>Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare General \$0 co-pago para medicamentos recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare. \$0 deducible anual para medicamentos recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare.</p> |
| | | <p>Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte D de Medicare General Este plan usa un formulario. Le enviaremos un formulario o también puede ver el formulario completo en la página de Internet,</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|--|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | <p>www.caremark.com.</p> <p>Diferentes costos que salgan de su bolsillo podría aplicar para personas que,</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen entradas de dinero limitadas, - viven en facilidades de larga duración, o - tienen acceso a Indio/tribal/urbano (servicio médico indio). <p>El plan ofrece cubierta nacional de prescripción En-la-red. (es decir, esto incluiría 50 estados y D.C.). Esto significa que usted pagará la misma cantidad de costos compartidos por sus medicamentos recetados si usted los obtiene en una farmacia En-la-Red fuera del área de servicio de su plan (por ejemplo cuando usted viaja)</p> <p>El total de costos anuales de medicamentos recetados son el total del costo de los medicamentos recetados pagados por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan le podrá requerir a usted que trate primero un medicamento recetado que trate su condición antes de que pueda cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos recetados tienen cantidades limitadas.</p> <p>Tu proveedor debe obtener una autorización previa</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|---|
| Beneficio | Medicare Original |
| | AHM_Plantino Plus |
| | <p>de AHM_Plantino Plus para ciertos medicamentos recetados.</p> <p>Usted debe ir a ciertas farmacias por un número limitado de medicamentos recetados, debido a manipulaciones especiales, coordinación de proveedor, o requerimientos de educación para el paciente para estos medicamentos recetados que no pueden llevarse a cabo por muchas farmacias de su red. Estos medicamentos recetados se mencionan en la página de Internet del plan, el formulario, y materiales impresos, así como en el Buscador del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en www.medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de un medicamento recetado es menor que la cantidad del costo compartido normal para ese medicamento recetado, usted pagará el costo actual, no la cantidad mayor del costo compartido.</p> <p>En-la-Red Usted paga \$0 deducible anual.</p> |
| | Cubierta Inicial |
| | <p>Dependiendo de su entrada de dinero y su estatus institucional, usted paga lo siguiente:</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| Medicare Original | <p>Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos), cualquiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ \$0 co-pago ó ○ \$1.10 co-pago ó ○ \$2.50 co-pago <p>Para todos los demás medicamentos recetados, cualquiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ \$0 co-pago ó ○ \$3.30 co-pago ó ○ \$6.30 co-pago <p>Farmacias al por menor Usted puede obtener medicamentos recetados de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de un mes (30-días) - Suministro de tres mes (90-días) <p>Farmacias de cuidado de larga duración Usted puede obtener medicamentos recetados de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de un mes (31-días) <p>Orden por Correo</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|--|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| Medicare Original | <p>Usted puede obtener medicamentos recetados de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de un mes (30-días) - Suministro de tres mes (90-días) <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>Fuera-de-la-Red Medicamentos recetados del plan deben ser cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedad mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya farmacia de la red. Usted podría pagar más de la cantidad normal del costo compartido si usted obtiene medicamentos recetados de una farmacia Fuera-de-la-Red. En adición, usted probablemente deberá pagar el cargo complete de la farmacia por el medicamento recetado y suministrar documentación para reembolso de parte de AHM_Plantino Plus .</p> <p>Usted puede obtener medicamentos recetados de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de 10 días |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|--|
| Beneficio | AHM_Platino Plus |
| | <p>Cubierta Inicial Fuera-de-la-Red Dependiendo de su entrada de dinero y estatus institucional, a usted se le reembolsará por AHM_Platino Plus 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ \$0 co-pago ó ○ \$1.10 co-pago ó ○ \$2.50 co-pago <p>Para todos los demás medicamentos recetados comprados Fuera-de-la-Red</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ \$0 co-pago ó ○ \$3.30 co-pago ó ○ \$6.30 co-pago |
| | <p>Cubierta Catastrófica Fuera-de-la-Red Después que los costos anuales de medicamentos recetados que salen de su bolsillo alcanza \$4,550, a usted se le reembolsará por completo por</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | <p>medicamentos recetados comprados Fuera-de-la-Red.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cubierta del Wrap de medicamentos cubiertos comienza cuando termina la cubierta de Medicare (incluyendo la Parte D de CMS Parte D Procesos de Apelaciones). Los medicamentos no incluidos en la PRHIA Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y en el formulario de medicamentos del MAOS de la Parte D pero, son aprobados por el Proceso de Apelaciones de CMS, son sujeto a los co-pagos del WRAP-AROUND DE PLATINO, que están incluidos en el Formulario Master del PRHIA. Los gastos compartidos de la Parte D (primas, deducibles, co-seguros incluidos en los gastos de la cubierta del Gap). Los medicamentos que están excluidos del beneficio de la parte D y que están actualmente cubiertos bajo la Lista de Medicamentos Preferidos en el Plan se Seguros de Salud de Puerto Rico, deben estar cubiertos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Benzodiazepina |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | <p style="text-align: center;">Medicare Original</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los siguientes medicamentos recetados son barbitúricos y están incluidos en categorías diferentes del PDL: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fenobarbital - Anticonvulsivo 2. Primidone - Anticonvulsivo 3. APAP/Butalbital/Cafeína(Fioricet) – Migraña <p>Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50</p> |
| 30. Servicios Dentales | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red \$0 co-pago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 co-pago para los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 exámenes orales cada año - Hasta 2 limpiezas cada año - Hasta 2 tratamientos del fluoruro cada año - Hasta 2 radiografías dentales cada año |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|---|
| Beneficio | AHM_Platino Plus |
| | <p>El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales cada año.</p> <p>Límite de \$500 para beneficios dentales comprensivos cada dos años.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preventivo (niños y adultos) ● Restauraciones <ul style="list-style-type: none"> ● Los servicios dentales cubiertos serán identificados utilizando los Códigos publicados por la Asociación Americana Dental (ADA) para los procedimientos establecidos por ASES. ● Un Examen Oral Comprensivo ● Un examen periódico cada seis meses ● Un examen oral para determinar problemas limitados ● Una serie de radiografías intra orales, incluyendo mordedura, cada tres años. ● Una radiografía inicial periapical intra oral. ● Hasta 5 radiografías adicionales por año periapicales intra orales. ● Una radiografía de mordedura de placa sencilla. ● Una radiografía de mordedura de placa doble. ● Una radiografía panorámica cada tres años. ● Una limpieza cada seis meses para niños. ● Una limpieza cada seis meses para adultos. ● Una aplicación tópica de fluoruro cada seis |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|--|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | <p>meses para beneficiarios menores de 19 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Selladores de Fisuras de por vida para beneficiarios hasta 14 años. Incluye molares deciduales en niños de 8 años a más cuando es médicamente necesario porque tiene tendencia de caries. ● Restauraciones de Amalgamas ● Restauraciones de Resina ● “Root Canal” ● Tratamiento Paliativo ● Cirugía Oral <p>Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00</p> |
| 31. Servicios de Audición | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Exámenes de rutina de audición y aparatos de audición no están cubiertos.</p> <p>En-la-Red \$0 de co-pago por exámenes diagnósticos de audición.</p> <p>\$0 co-pago:</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| | Medicare Original - Hasta 1 examen de audición al año. - Hasta 1 examen de ajuste de audifonos al año. \$0 co-pago por artefacto de audición. Límite de \$300 para audifonos cada tres años. Exámenes de audición rutinarios Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 |
| 32. Servicios de Visión | General Reglas de autorización pueden aplicar. En-la-Red \$0 co-pago por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo. |
| | 0% o 20% co-seguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos. |
| | Exámenes de rutina y espejuelos no están cubiertos. |
| | Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía para cataratas. |
| | - Hasta 1 examen de visión rutinario al año \$0 co-pago por un par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada operación de cataratas. - hasta 1 par de espejuelos cada año - hasta 1 par de lentes de contactos cada año |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|------------------------------------|---|
| Beneficio | AHM_Platino Plus |
| | <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 par de lentes cada año - hasta 1 montura cada año - límite \$100 para espejuelos cada año <p>Exámenes de visión rutinarios</p> <p>Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00</p> |
| 33. Exámenes Físicos | <p>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.</p> <p>Exámenes rutinarios no están cubiertos</p> <p>Evaluación física anual comprensiva.</p> <p>Certificados de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los Certificados de Salud que incluyen pruebas de VDRL y tuberculosis (TB). - Estos certificados deben tener el sello del Departamento de Salud y serán provistos por una organización de Cuidado de Salud acreditada, hasta \$5.00. - Cualquier certificación para beneficiarios elegibles del GHIP para el Programa de Reforma |
| | <p>riesgo.</p> <p>0% o 20% de co-seguro por un examen dentro de los 12 primeros meses de su nueva cobertura de Medicare Parte B.</p> <p>Cuando usted obtiene Medicare Parte B usted puede obtener un examen físico dentro de los 12 meses de su nueva cobertura de su Plan Parte B. La cobertura no incluye exámenes de laboratorio.</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| Medicare Original | <p>(i.e. Historial de Medicación) serán provistos al beneficiario sin ningún costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier deducible aplicable para los procedimientos necesarios y pruebas de laboratorio relacionadas a la emisión del Certificado de Salud serán responsabilidad del beneficiario. <p>Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00</p> |
| Educación de Salud y Bienestar | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Por favor visite la página de Internet del plan para ver nuestro listado de artículos “Over-the-Counter” que están cubiertos. Los artículos OTC deben ser comprados solamente para el afiliado. Por favor contacte el plan para instrucciones específicas para la utilización de este beneficio.</p> <p>En-la-Red El plan cubre los siguientes beneficios de educación en salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesación de fumar adicional <p>\$0 co-pago para cada sesión de consejería de cesación de fumar cubierta por Medicare.</p> |
| Transportación (Rutinario) | <p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS | |
|---|---|
| Beneficio | AHM_Plantino Plus |
| Medicare Original | En-la-Red \$0 co-pago Hasta 1 viaje ida y vuelta para localizaciones aprobadas por el plan cada año. \$40.00 Beneficio máximo |
| Acupuntura | En-la-Red Este plan no cubre acupuntura |
| Servicios de Maternidad | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 |
| Cubierta Especial | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 Servicios relacionados con: - Tuberculosis - Lepra |

AHM_Plantino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN III- BENEFICIOS ADICIONALES | | |
|--|--------------------------|--|
| Beneficio | Medicare Original | AHM_Plantino Plus |
| Suplementos Orales | No se cubre | Para individuos con necesidad médica de tomar suplementos orales, el plan pagará hasta 3 unidades por día por cuatro semanas consecutivas del año. Este beneficio requiere la aprobación del Médico Primario del miembro así como el plan. |
| Pañales | No se cubre | El Plan provee cubierta para Pañales de Adultos, cuando es médicamente necesario. El beneficio se limita a 3 pañales por día y está sujeto a autorización y re-evaluación de necesidad médica. |
| Monitor de Presión Arterial | No se cubre | Para miembros que cumplen con el criterio médico de que necesitan monitoreo continuo de presión, el plan proveerá una unidad de monitoreo por año al miembro. Este beneficio requiere certificación del Médico Primario y aprobación por parte del plan. |
| Disfunción Eréctil | No se cubre | Hasta 5 pastillas al mes. Cuando sea médicamente necesario. |
| | | |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN IV- RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|---|--|---|
| Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo la Reforma de Salud para servicios médicos. | | |
| Beneficio | Medicaid | AHM_Platino Plus |
| Servicios Preventivos | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | \$0 co-pago para servicios cubiertos por Medicare |
| Servicios Dentales | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | En-la-Red \$0 co-pago para beneficios dentales cubiertos por Medicare. \$0 co-pago para los siguientes beneficios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 exámenes orales cada año - Hasta 2 limpiezas cada año - Hasta 2 tratamientos del fluoruro cada año - Hasta 2 radiografías dentales cada año El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales cada año. Límite de \$500 para beneficios dentales comprensivos cada dos años. |
| Servicios para pruebas diagnósticas Laboratorios de alta tecnología Laboratorios clínicos Rayos-X | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50 | - \$0 co-pago |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN IV- RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|---|--|--|
| Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo la Reforma de Salud para servicios médicos. | | |
| Beneficio | Medicaid | AHM_Platino Plus |
| Prueba Diagnóstica Especial | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | \$0 co-pago cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de laboratorio - Exámenes y procedimientos diagnósticos - Rayos-X - Servicios de radiología diagnóstica (no incluye rayos-X) - Servicios de radiología terapéutica. |
| Servicios Ambulatorios de Rehabilitación | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | En-la-Red \$0 co-pago para visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare. \$0 co-pago para visitas en Terapia física y/o Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare |
| Servicios médicos y quirúrgicos | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | En-la-Red \$0 co-pago para cada visita a un centro de cirugía ambulatorio cubierto por Medicare. \$0 co-pago para cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare |
| Servicios Pre-natales | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.00 | No se cubre |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare

Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al 1-866-620-2420.

| SECCIÓN IV- RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|--|--|---|
| <p>Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo la Reforma de Salud para servicios médicos.</p> | | |
| Beneficio | Medicaid | AHM_Platino Plus |
| Servicios de Ambulancia | | En-la-Red \$0 co-pago para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. |
| Servicios de Maternidad | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | No se cubre |
| Servicios de Sala de Emergencia | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | General \$0 co-pago para visitas a salas de emergencias cubiertas por Medicare |
| Servicios de Hospitalización | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$3.00 | En-la-Red \$0 co-pago |
| | | El plan cubre 90 días para cada periodo del beneficio. Excepto en una emergencia, tu doctor debe notificar al plan que usted va a ser admitido en el hospital. |
| Hospitalización de Salud Mental | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00 | En-la-Red \$0 co-pago |
| | | Usted obtiene hasta 190 días en un Hospital Psiquiátrico en el transcurso de su vida. |

AHM_Platino Plus de American Health Medicare
Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, favor de contactar a
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, Usuarios con impedimentos auditivos (TTY) llamar al
1-866-620-2420.

| SECCIÓN IV- RESUMEN DE BENEFICIOS | | |
|--|--|---|
| <p>Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo la Reforma de Salud para servicios médicos.</p> | | |
| Beneficio | Medicaid | AHM_Platino Plus |
| | | Excepto en una emergencia, tu doctor debe notificar al plan que usted va a ser admitido en el hospital. |
| Servicios de Farmacia | Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$.50¢ | Por favor referirse a la Sección II del Resumen de Beneficios. |
| Exclusiones de cubierta básica* | Para propósitos de información | No se cubre |
| Cubierta Especial | | Por favor referirse a la Sección II del Resumen de Beneficios. |
| Exclusiones de cubierta especial* | Para propósitos de información | No se cubre |
| Cubierta de Medicare | | Este plan cubre todos los beneficios del plan Original de Medicare. |