



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

Resumen de Beneficios para el 2010

AHM_Opal (HMO)

1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en AHM_Opal (HMO). Nuestro plan es ofrecido por AMERICAN HEALTH, INC./American Health Medicare, una Organización de Cuidado Coordinado, Medicare Advantage (HMO, por sus siglas en inglés). 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 a AHM_Opal (HMO) 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 AHM_Opal (HMO). Usted puede tener otras opciones, también.

Es su decisión. No importa lo que decida, todavía estará en el Programa Medicare. Usted puede afiliarse o desafilarse solo en ciertos momentos. Favor de llamar a AHM_Opal (HMO) 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 AHM_Opal (HMO) 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 AHM_Opal (HMO)?

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 A AHM_Opal (HMO)?

Usted puede afiliarse a AHM_Opal (HMO) 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 a AHM_Opal (HMO) a menos que, sean miembros de nuestra organización desde que comenzó su diálisis.

¿PUEDO ESCOGER A MIS DOCTORES?

AHM_Opal (HMO) 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 visita un médico que no pertenece a nuestra red, usted tiene que pagar por esos servicios. Ni AHM_Opal (HMO) ni el Plan Original de Medicare pagarán por estos servicios.

¿CUBRE MI PLAN LOS MEDICAMENTOS DE LA PARTE B O PARTE D DE MEDICARE?

AHM_Opal (HMO) cubre los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y de la Parte D de Medicare.

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

AHM_Opal (HMO) posee una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia que sea parte de la red para poder recibir los beneficios de su plan. No podremos pagar por sus medicamentos si usted utiliza una farmacia que este fuera de la red, con la excepción de ciertos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted

puede pedir un directorio actualizado de nuestra Red de Farmacias o puede visitarnos a nuestra página de Internet www.caremark.com. Nuestro número de teléfono está al final de esta introducción.

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

AHM_Opal (HMO) 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.caremark.com.

Si usted actualmente está 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 alternativo 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 DE MEDICAMENTOS DEL PLAN?

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 Medicaid 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 60 días antes que termine su cubierta. La carta le explicará sus opciones para de cubierta de Medicare dentro de su área.

Como afiliado de AHM_Opal (HMO), 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 querrela. 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. Si su problema envuelve calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de hacer una querrela a la Organización de Mejora de Calidad (QIO) del estado, QIPRO en la Suite 605, Mercantil Plaza Hato Rey, PR. 00918. El número de teléfono es 787-641-1240 y Fax. 787-641-1248. 787-340-2660 los fines de semana.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA PARA 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 a AHM_Opal (HMO) 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 American Health Medicare 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 trasplante) 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 cuán 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 8111 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 AHM_Opal (HMO)

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
Atlantic (PR, VI)

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

Miembros prospectos deben llamar libre de cargos al (866)-620-2420 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage Y/O al Programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare
TTY/TDD (866)-620-2520

Miembros actuales deben llamar localmente al 787-620-1919 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage Y/O al Programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare
TTY/TDD (866)-620-2520

Miembros prospectos deben call locally (866)-620-2420 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage Y/O al Programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare
TTY/TDD (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_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1. Prima y Otra Información Importante	<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 dinero, llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>General</p> <p>\$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p>
	<p>2 – Selección de Médicos y Hospitales (Para más información, ver</p>	

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO)
Emergencia - #15 y Cuidado Urgente Necesario - #16.)		No se requiere referidos para médicos, especialistas y hospitales de la red.
CUIDADO PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO		
3 –Hospitalización (incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)	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.	Dentro de la Red \$0 co-pago
	Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre días de reserva de por vida.	No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan en cada periodo de beneficios.
	Los días de reserva de por vida pueden usarse sólo una vez.	Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle a AHM que usted va a ser admitido al hospital.
	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	

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	deducible por cada periodo de beneficio. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.
4 –Hospitalización para Salud Mental	Dentro de la Red \$0 co-pago
	Paga el mismo deducible y co-pagos como hospitalización en hospital (vea “hospitalización en hospital” arriba).
	Usted tiene un límite 190 días en un Hospital Psiquiátrico en toda su vida.
	Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle a AHM que usted va a ser admitido al hospital.
5 – Institución de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF, por sus siglas en inglés) (en una institución de cuidado diestro certificada por Medicare)	General Pueden aplicar reglas de autorización
	Dentro de la Red \$0 co-pago para Servicios de Enfermería Diestra
	El plan tiene 100 días de cobertura para cada periodo de beneficio.

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	<p>Medicare Original</p> <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. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.</p>
<p>6 – Cuidado de Salud en el Hogar (servicios médicamente necesarios que incluyen cuidado diestro de enfermería intermitente, servicios de salud en el hogar, y servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p>
	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas al hogar cubiertas por Medicare.</p>
<p>7- Hospicio</p>	<p>General</p> <p>Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>
	<p>Usted paga por parte del costo de medicamentos ambulatorios y cuidado de facilidad hospitalaria.</p> <p>Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
CUIDADO AMBULATORIO	
8 – Visitas Médicas	20% co-seguro
	Dentro de la Red \$0 co-pago por cada visita a un doctor de cuidado primario cubierto por Medicare. \$5 co-pago para el costo por cada visita de cuidado en urgencias en área de la red cubierto por Medicare. \$0 co-pago por cada visita a un especialista cubierto por Medicare.
	General Pueden aplicar reglas de autorización.
9 – Servicios Quiroprácticos	No se cubre cuidado de rutina.
	20% co-seguro para manipulación manual de la espina dorsal para corregir una subluxación si la obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.
	Dentro de la Red \$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare. Hasta 5 vistas de rutina al año. Las visitas cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina dorsal para corregir un desplazamiento o mal alineamiento (ajustes) de una coyuntura o parte del cuerpo si la obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.
10 – Servicios de Podiatría	General Pueden aplicar reglas de autorización.

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	<p>Medicare Original</p> <p>20% co-seguro por tratamiento del pie que sea médicamente necesario, incluye cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>Hasta 4 visitas de rutina al año.</p> <p>Beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado de los pies que sea médicamente necesario.</p>
11 – Cuidado de Salud Mental para el Paciente Ambulatorio	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por beneficios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$10 co-pago por visitas para Salud Mental cubiertas por Medicare.</p>
12 – Abuso de Sustancias - Paciente Ambulatorio	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$10 co-pago por visitas cubiertas por Medicare individuales o de grupo.</p>
13 – Cirugía Ambulatoria	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	Medicare Original
	\$0 co-pago por cada visita a una facilidad de hospital ambulatorio cubierta por Medicare.
14 – Servicios de Ambulancia (los servicios de ambulancia deben ser médicamente necesarios)	<p>20% co-seguro</p> <p>General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red \$0 co-pago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
15 – Cuidado de Emergencia (Usted puede ir a cualquier sala de emergencia si razonablemente entiende que necesita cuidado de emergencia.)	<p>20% co-seguro para el doctor</p> <p>20% del costo por el uso de facilidades o un co-pago fijo por visita a sala de emergencias.</p> <p>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.</p> <p>NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>
16 – Cuidado de Urgencia (Esto NO es cuidado de emergencia y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)	<p>20% co-seguro</p> <p>NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p> <p>General \$25 co-pago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare. Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición, usted paga \$0 por visita a sala de emergencias.</p> <p>Cubierta Mundial</p> <p>Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición, usted paga \$0 por visita a sala de emergencias.</p> <p>General \$25 co-pago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare. Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición,</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO)
17 –Rehabilitación – Servicios Ambulatorios (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje)	20% co-seguro	usted paga \$0 por visita a sala de emergencias.
		General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de 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.
SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS AMBULATORIOS		
18 – Equipo Médico Duradero (incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.)	20% co-seguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 co-pago por equipo cubierto por Medicare.
19 - Prótesis (Incluye ganchos dentales, extremidades y ojos artificiales, etc.)	20% co-seguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 co-pago en artículos cubiertos por Medicare
20 – Adiestramiento en Monitoreo de Diabetes, Terapia de Nutrición y Suministros (Incluye monitoreo de glucosa,	20% co-seguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 co-pago por adiestramiento de auto-

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
tiras de prueba, lancetas, y adiestramiento para auto-manejo)	monitoreo de Diabetes.
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.	\$0 co-pago por Terapia de Nutrición para Diabetes.
	\$0 co-pago por suministros para Diabetes.
21 – Pruebas Diagnósticas, Rayos X y Servicios de Laboratorio	General Pueden aplicar reglas de autorización.
\$0 co-pago por servicios de laboratorios cubiertos por Medicare.	Dentro de la Red \$0 co-pago en servicios cubiertos por Medicare:
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	- Servicios de laboratorio
	- Procedimientos diagnósticos y pruebas
	- Rayos-X
	- Servicios de radiología diagnóstica (no incluye rayos-X)

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	<p>Medicare Original</p> <p>su doctor diagnostique una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre los exámenes de discernimiento de rutina como cotejar su colesterol.</p>
SERVICIOS PREVENTIVOS	
22 – Densitometría Ósea (para personas con Medicare que estén a riesgo)	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p>
23 – Examen Colorectal (para personas con Medicare de 50 años en adelante)	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por densitometría ósea cubierta por Medicare</p>
24 - Vacunas (Vacunas de influenza y hepatitis B – para personas en riesgo que tienen Medicare; Vacuna de pulmonía)	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por exámenes de cernimiento colorectal cubiertos por Medicare</p>
	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p>
	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por vacunas de Influenza y Neumonía.</p>
	<p>\$0 co-pago por vacuna de Hepatitis B</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	Medicare Original
	Es posible que sólo necesite la vacuna de Neumonía una vez en la vida. Hable con su doctor para más información.
25 - Mamografías (Prueba Anual) (para mujeres con Medicare, de 50 años en adelante)	20% co-seguro
	No se necesita referido.
	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.
26 – Pruebas de Papanicolaou y Exámenes Pélvicos (para mujeres que tienen Medicare)	\$0 de co-pago por Prueba PAP.
	Cubre una vez cada 2 años. Cubre una vez (1) al año para mujeres con Medicare de alto riesgo.
	20% co-seguro para exámenes Pélvicos
27 – Examen de Cáncer en la Próstata (para hombres con Medicare, de 50 años en adelante)	20% de co-seguro por exámenes rectales digitales.
	\$0 por el examen PSA; 20% co-seguro por otros servicios relacionados.
	Cubre una vez al año para hombres con Medicare mayor de 50 años.
	General
	No se necesita referido para las vacunas de Influenza y Neumonía.
	Dentro de la Red \$0 co-pago por de mamografías cubiertas por Medicare.
	General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red \$0 co-pago para Pruebas PAP y Examen Pélvico cubiertos por Medicare.
	General Pueden aplicar reglas de autorización.
	Dentro de la Red \$0 co-pago por exámenes de la próstata cubiertos por Medicare

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
28 – Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)	Medicare Original 20% de co-seguro por diálisis.
	\$0 co-pago por Terapia de Nutrición para Diabetes por Enfermedad Renal en Etapa Final.
29 – Medicamentos Recetados	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.
	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.
	General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red \$0 co-pago por diálisis renal.
	\$0 co-pago por Terapia de Nutrición por Enfermedad Renal.
	Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare General \$0 co-pago para medicamentos recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare.
	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

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
Medicare Original	<p>Internet, 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/turbano (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</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
Medicare Original	<p>cantidades limitadas.</p> <p>Tu proveedor debe obtener una autorización previa de AHM_Opal (HMO) 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>Si usted solicita una excepción al formulario por un medicamento y AHM_Opal (HMO) autoriza la excepción, usted pagará el costo compartido Especializado por ese medicamento.</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	AHM_Opal (HMO)
	Dentro de la Red \$0 deducible.
	Algunos medicamentos cubiertos no cuentan hacia los costos por medicamentos que salen de su bolsillo.
	Cubierta Inicial
	Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual de medicamentos alcanza \$2,830
	Farmacias al por menor
	Genérico Preferido
	– \$5 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	– \$15 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Genérico no Preferido
	– \$10 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	– \$30 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Preferidos de Marca
	– \$25 co-pago para suministro de un mes

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	AHM_Opal (HMO)
	(30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$75 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	No Preferidos de Marca
	- \$40 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$120 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Especializados
	- 33% co-seguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	- 33% co-seguro para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Medicamentos Excluidos de la Parte D
	- \$0 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	Farmacia de Cuidado a Largo Plazo
	Genérico Preferido

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	<p align="center">AHM_Opal (HMO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. <p>Genérico no Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. <p>Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$25 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. <p>No Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$40 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. <p>Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% co-seguro para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. <p>Medicamentos Excluidos de la Parte D</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. <p>Orden por Correo</p> <p>Genérico Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 co-pago para suministro de un mes

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	AHM_Opal (HMO)
	(30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$15 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Genérico no Preferido
	- \$10 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$30 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Preferidos de Marca
	- \$25 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$75 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	No Preferidos de Marca
	- \$40 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$120 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Especializados

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	<p>AHM_Opal (HMO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% co-seguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - 33% co-seguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. <p>Medicamentos Excluidos de la Parte D</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. <p>Periodo Sin Cubierta “Gap” El plan cubre muchos genéricos (65%-99% de formulario de medicamentos genéricos)</p> <p>Y</p> <p>Varias marcas (menos del 10% de formulario de medicamentos de marca)</p> <p>A través del periodo sin cubierta</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p> <p>Farmacia al por Menor</p> <p>Genérico Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - \$15 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	AHM_Opal (HMO) este nivel.
	Genérico no Preferido
	- \$10 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	- \$30 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	Medicamentos Excluidos de la Parte D
	- \$0 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
	Farmacia de Cuidado A Largo Plazo
	Genérico Preferido
	- \$5 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
	Genérico no Preferido
	- \$10 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
	Medicamentos Excluidos de la Parte D
	- \$0 co-pago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
	Orden por Correo

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	AHM_Opal (HMO)
	<p>Genérico Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - \$15 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	<p>Genérico no Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - \$30 co-pago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
	<p>Medicamentos Excluidos de la Parte D</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 co-pago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. <p>Para los demás medicamentos cubiertos, después que los costos anuales de medicamentos alcanzan \$2,830, usted paga 100% hasta que los costos anuales de medicamentos que salen de su bolsillo alcanzan \$4,550.</p>
	<p>Cubierta Catastrófica Después que los costos anuales de</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	<p align="center">AHM_Opal (HMO)</p> <p>medicamentos que salen de su bolsillo alcanzan \$4,550, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$2.50 co-pago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 co-pago para el resto de los medicamentos, ó - 5% co-seguro <p>Fuera de la Red El plan cubre medicamentos bajo circunstancias especiales; por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya una farmacia participante de nuestra red. Usted puede pagar una cantidad mayor al la cantidad de costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia que no pertenece a la red. Además, es probable que tenga que pagar el costo completo que imponga la farmacia y someter los documentos necesarios para recibir un reembolso por parte de AHM_Opal (HMO).</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
Medicare Original	<p>Cubierta Inicial Fuera de la Red Usted será reembolsado por el costo completo del medicamento menos los siguientes medicamentos adquiridos Fuera de la Red hasta que sus costos anuales lleguen a \$2,830:</p> <p>Genérico Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 co-pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. <p>Genérico no Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 co-pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. <p>Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$25 co-pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. <p>Non Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$40 co-pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. <p>Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% co-seguro para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. <p>Medicamentos Excluidos de la Parte D</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 co-pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	AHM_Opal (HMO)
	Periodo sin Cubierta Fuera de la Red “Gap” Usted será reembolsado por medicamentos adquiridos Fuera de la Red hasta el costo completo menos lo siguiente:
	Genérico Preferido
	- \$5 co-pago pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.
	Genérico no Preferido
	- \$10 co-pago pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.
	Preferidos de Marca
	- Luego de que el costo total de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted pagará un 100% del costo completo de farmacia por medicamentos comprados hasta que su desembolso anual en efectivo llegue a \$4,550. AHM_Opal (HMO) no reembolsará sus compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentra en un período sin cubierta “coverage gap”. Sin embargo, usted deberá someter la documentación necesaria a AHM_Opal (HMO) y de esta manera poder añadir sus gastos fuera de la red a su total de desembolso anual en efectivo
	No Preferidos de Marca

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	<p align="center">AHM_Opal (HMO)</p> <p>- Luego de que el costo total de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted pagará un 100% del costo completo de farmacia por medicamentos comprados hasta que su desembolso anual en efectivo llegue a \$4,550. AHM_Opal (HMO) no reembolsará sus compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentra en un período sin cubierta “coverage gap”. Sin embargo, usted deberá someter la documentación necesaria a AHM_Opal (HMO) y de esta manera poder añadir sus gastos fuera de la red a su total de desembolso anual en efectivo</p> <p>Especializados</p> <p>- Luego de que el costo total de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted pagará un 100% del costo completo de farmacia por medicamentos comprados hasta que su desembolso anual en efectivo llegue a \$4,550. AHM_Opal (HMO) no reembolsará sus compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentra en un período sin cubierta “coverage gap”. Sin embargo, usted deberá someter la documentación necesaria a AHM_Opal (HMO) y de esta manera poder añadir sus gastos fuera de la red a su total de</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	<p align="center">AHM_Opal (HMO)</p> <p>desembolso anual en efectivo</p> <p>Medicamentos Excluidos de la Parte D</p> <p>\$0 co-pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.</p> <p>Cubierta Catastrófica Fuera de la Red</p> <p>Después que los costos anuales de medicamentos que salen de su bolsillo alcanzan \$4,550, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$2.50 co-pago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 co-pago para el resto de los medicamentos, ó - 5% co-seguro
30 – Servicios Dentales	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 copago para los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 exámenes orales cada año - Hasta 2 limpiezas cada año

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	Medicare Original
	<p>AHM_Opal (HMO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 tratamientos del fluoruro cada año - Hasta 2 radiografías dentales cada año <p>El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales.</p> <p>\$750 de limite beneficios dentales comprensivos cada dos años.</p> <p>General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 co-pago por hasta un examen rutinario cada año. - \$0 co-pago por hasta 1 audífono cada año - \$0 co-pago por hasta 1 evaluación para audífonos cada año <p>\$300 limite por audífonos cada 3 años.</p> <p>General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.</p>
31 – Servicios para la Audición	<p>Exámenes de rutina de audición y aparatos de audición no están cubiertos.</p> <p>20% co-seguro por exámenes diagnósticos de audición.</p>
32 – Servicios para la Visión	<p>20% co-seguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
Medicare Original	
Exámenes de rutina y espejuelos no están cubiertos.	- Y hasta un examen de la vista rutinario cada año.
Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía para cataratas.	\$0 co-pago por - por 1 par de espejuelos o lentes de contacto luego de cirugía de cataratas.
Cubre un examen de discernimiento anual de glaucoma, para personas en riesgo.	- hasta 1 para de espejuelos cada año. - hasta 1 par de lentes de contacto cada año. - hasta un para de lentes cada año. - hasta 1 montura de espejuelos cada año. \$100 de límite por espejuelos cada año.
33 – Exámenes Físicos	
20% de co-seguro por un examen dentro de los 12 primeros meses de su nueva cobertura de Medicare Parte B.	Dentro de la Red 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.
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.	Exámenes de Rutina no están cubiertos.
Educación en Salud / Bienestar	
Cesación de fumar:	General Pueden aplicar reglas de autorización.

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficio	AHM_Opal (HMO)
	<p>Dentro de la Red</p> <p>El Plan cubre los siguientes beneficios de educación en salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesación de Fumar Adicional - Membresía a Gimnasio - Otros Beneficios de Salud y Bienestar <p>\$0 co-pago por cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p>
Transportación (de rutina)	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 co-pago por hasta 1 viaje ida y vuelta a localidades aprobadas por el plan cada año.</p>
Acupuntura	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$5 co-pago por cada visita hasta 6 visitas al año.</p>

AHM_Opal (HMO)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de este plan y su costo, puede llamar a American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919. Las personas con impedimentos auditivos (TTY) pueden llamar al 1-866-620-2420.

SECCIÓN III- BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO)
Medicamentos para la Disfunción Eréctil	No tiene cubierta	5 tabletas al mes Según sea médicamente necesario.