



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

Resumen de Beneficios 2011
AHM_Platino Plus (HMO SNP)
1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011

H5774_1001_11_01_S
Fecha de Aprobación de CMS: 9/21/2010

SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en **AHM_Platino Plus (HMO SNP)**. Nuestro plan es ofrecido por AMERICAN HEALTH, INC. /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 específicos de afiliación.

Usted puede ser elegible para este plan si recibe asistencia del Estado y de Medicare.

Todos los costos compartidos de este resumen de beneficios están basados en su nivel de elegibilidad para Medicaid (Reforma).

Favor de comunicarse con el AHM_Platino Plus (HMO SNP) para determinar si es usted elegible para afiliarse. Nuestro número telefónico se encuentra al final de esta introducción.

Este Resumen de Beneficios le habla sobre 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, puede comunicarse con AHM_Platino Plus (HMO SNP) y solicitar 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 de Medicare Original (pago-por-servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare como AHM_Platino Plus (HMO SNP). Usted puede tener otras opciones. Es su decisión. No importa lo que decida, todavía estará en el Programa Medicare.

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

Favor de llamar a AHM_Platino Plus (HMO SNP) al teléfono que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Puede comparar a **AHM_Platino Plus (HMO SNP)** con el Plan Medicare Original utilizando este Resumen de Beneficios. Las tablas en este panfleto enumeran algunos beneficios de salud 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 (HMO SNP)?

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, Comerío, 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 PLATINO PLUS (HMO SNP)?

Usted puede afiliarse a AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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_Platino Plus (HMO SNP)** 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 MI MÉDICO?

AHM_Platino Plus (HMO SNP) ha organizado una red de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede visitar médicos que sean parte de nuestra red de proveedores. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores vigente o para una lista actualizada puede visitar 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 MÉDICO QUE NO ESTÁ EN SU RED DE PROVEEDORES?

Si opta por ir a un médico fuera de nuestra red, tendrá que pagar usted mismo por este servicio excepto en circunstancias limitadas (por ejemplo, cuidado de emergencia). Ni nuestro plan ni el plan de Medicare Original pagarán por estos servicios.

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

AHM_Platino Plus (HMO SNP) ha organizado una red de farmacias. Debe utilizar una farmacia en nuestra red para recibir los beneficios del plan. Con la excepción de ciertos casos, es posible que no paguemos por medicamentos si usted utiliza una farmacia fuera de la red. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un Directorio de Proveedores o visitarnos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com. Nuestro número de teléfono de Servicios al Cliente aparece al final de esta introducción.

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

AHM_Platino Plus (HMO SNP) cubre medicamentos recetados de la Parte B de la Parte D de Medicare.

¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 cubierta en 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 actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a requerimientos y limitaciones adicionales, puede ser que reciba un abastecimiento 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 cómo puede conseguir un abastecimiento temporero de su medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS O OBTENER AYUDA ADICIONAL CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Usted puede obtener ayuda adicional para pagar por sus costos y primas de medicamentos así como obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para ver si cualifica para obtener ayuda adicional, llame 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 o visitar www.medicare.gov, además puede ver 'Programas para personas con escasos recursos e ingresos' en la publicación de Medicare & Usted.

*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 local para Medicaid (Reforma).

¿CUALES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage aceptan 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 de que termine su cubierta. La carta le explicará sus opciones de cubierta de Medicare dentro de su área.

Como afiliado de AHM_Platino Plus (HMO SNP), tiene el derecho de solicitar una determinación de organización, la cual incluye el derecho a apelar si le negamos cubierta por un artículo o servicio, y el derecho a someter una querrela. Tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si desea que proveamos o paguemos por un artículo o servicio que usted entienda debe ser cubierto por el plan. Si le negamos cubierta por su artículo o servicio, tiene derecho a apelar y solicitar que revisemos nuestra decisión. Puede solicitar una determinación o apelación expedita (rápida) si entiende que esperar por una decisión puede poner su vida o salud en serio riesgo, o puede afectar su habilidad para recuperar su función máxima. Si su médico hace o apoya la solicitud expedita, debemos agilizar nuestra decisión. Por último, tiene el derecho a someter una querrela con nosotros si tiene algún problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores, que no incluya cubierta por un artículo o servicio. Si su problema envuelve calidad de cuidado, tiene derecho a someter una querrela a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) para su área. Puede referirse a su Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de QIO.

Como afiliado de AHM_Platino Plus (HMO SNP), tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta, la cual incluye el derecho de solicitar 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. 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 cubierta de sus medicamento(s) recetado(s), usted tiene el derecho de apelar y solicitar que revisemos nuestra decisión. Por último, usted tiene el derecho de someter una querrela si tiene algún tipo de problema con nosotros o algunas de nuestras farmacias de la red que no envuelva cubierta por un medicamento recetado. Si su problema envuelve calidad de cuidado, tiene derecho a someter una querrela a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) para su área. Puede referirse a su Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de QIO.

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

Un Programa de Manejo de Terapia con 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. Comuníquese con AHM_Platino Plus (HMO SNP) para más detalles.

¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR CUBIERTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

Algunos medicamentos ambulatorios recetados pueden ser cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, pero no se limitan a los siguientes tipos de medicamentos. Contacte AHM_Platino Plus (HMO SNP) para más detalles.

- Algunos Antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por 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 con el servicio de un médico.
- Medicamentos Inmunosupresores: Terapia de medicamentos Inmunosupresores para pacientes trasplantados, si el trasplante 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 por Medicare.
- Algunos medicamentos orales para Cáncer: Si el medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos anti-nauseas orales: Si usted es parte de un régimen de quimioterapia para anti-cáncer.
- Medicamentos inhalados o de infusión provistos por un DME.

¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACION SOBRE LA CALIFICACIÓN DEL PLAN?

El programa de Medicare califica cuan bien los planes se desempeñan en diferentes categorías (por ejemplo, detectando y previniendo enfermedades, calificación por parte 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 para obtener una copia de las calificaciones del plan para este plan. Nuestro número de Servicio al Cliente aparece a continuación.

Favor de llamar a American Health Medicare para más información sobre AHM_Platino Plus (HMO SNP).

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

Afiliados 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. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

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. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Afiliados deben llamar localmente 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. Usuarios de TTY/TDD al (866) 620-2520.

Prospectos deben llamar localmente 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. 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 (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1. Prima y Otra Información Importante	El costo compartido de Medicare puede variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicaid.	General *Todos los costos compartidos en este Resumen de Beneficios pueden variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicaid.
	En el 2010 la prima mensual de la Parte B era \$0 o \$96.40 y puede cambiar para el 2011 y el deducible anual de la Parte B era \$0 o \$155 y puede cambiar para el 2010.	** Favor consultar con su plan sobre los costos compartidos cuando reciba servicios de proveedores fuera de la red. \$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.*
	Si un médico o un suplidor no aceptan su caso, sus costos serán más altos, lo cual significa que usted pagará más.	American Health Medicare reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta \$25.00.
		En la Red \$2,500 de límite por gastos de su bolsillo
		Este límite solo incluye servicios cubiertos por Medicare.
2. Opción de Médico y Hospital (Para más información, vea Emergencia - #15 y Cuidado de Urgencia - #16)	Puede ir a cualquier médico, especialista y hospital que acepte Medicare	En la Red Debe ir a médicos, especialistas u hospitales de la red.
		Se requiere referido para especialistas de la red (para ciertos beneficios).

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
HOSPITALIZACIÓN		
3 - Hospitalización (Incluye servicio por Abuso de Sustancias y Rehabilitación)	Las cantidades para el 2010 para cada periodo de beneficio eran \$0 o: Día 1-60: deducible* de \$1,100 Día 61-90: \$275 cada día Día 91-150: \$550 por cada día de la reserva de por vida.* Estas cantidades cambiarán para el 2011.	En la Red El plan cubre 90 días en cada periodo del beneficio
	Comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre días de reserva de por vida.	\$0 copago
	Los días de reserva de por vida pueden utilizarse sólo una vez.	Excepto en emergencias, su médico deberá comunicarle al plan 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. No hay límites al número de periodos de	Cubierta comienza en el primer día en cubierta No-Medicare, sin limitaciones Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$3.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
	beneficio que puede tener.	
4. Hospitalización en Facilidad de Salud Mental	Paga el mismo deducible y copagos como hospitalización (vea "hospitalización" arriba).	En la Red Usted tiene un límite 190 días en un Hospital Psiquiátrico en toda su vida.
	Usted tiene un límite 190 días en un Hospital Psiquiátrico en toda su vida.	\$0 copago
		Excepto en emergencias, su médico deberá comunicarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.
		Cubierta comienza en el primer día en cubierta No-Medicare, sin limitaciones Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$3.00
5. Hospitalización en Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés) (En una institución de cuidado de enfermería diestra certificada por Medicare)	En el 2010 las cantidades para cada periodo de beneficio de una estadía de por lo menos 3 días en el hospital eran: Día 1-20: \$0 por cada día*. Día 21-100: \$0 o \$137.50 por cada día*. Estas cantidades cambiarán para el 2011.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	100 días para cada período de beneficio.	En la Red El plan cubre hasta 100 días para cada periodo de beneficio. Se requiere 3 días de hospitalización previa.

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
	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.	\$0 copago para Servicios de Enfermería Diestra
6. Cuidado de Salud en el Hogar (Incluye cuidado intermitente de enfermería diestra que sea médicamente necesario, servicios de asistencia de salud en el hogar, y servicios de rehabilitación, etc.)	\$0 copago	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por visitas de salud al hogar cubiertas por Medicare.*
7. Hospicio	Usted paga por parte del costo de medicamentos ambulatorios y puede pagar por parte del costo del cuidado de descanso.	General Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.
	Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
CUIDADO AMBULATORIO		
8. Visitas a Oficinas Médicas	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por cada visita a un médico primario para beneficios cubiertos por Medicare.*
		\$0 copago por el costo de cada visita de cuidado en urgencias en área de la red cubierto por Medicare.*
		\$0 copago por cada visita a un especialista para beneficios cubiertos por Medicare.*
		Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00
9. Servicios de Quiropráctico	No se cubre cuidado de rutina.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.*
	0% o 20% de coaseguro para manipulación manual de la espina dorsal para corregir una subluxación (desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si la obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.	Hasta 5 vistas de rutina al año.
		Las visitas cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina dorsal para corregir una subluxación (desplazamiento o

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si la obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.
10. Servicios de Podiatría	No se cubre cuidado de rutina.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	0% o 20% de coaseguro por tratamiento del pie que sea médicamente necesario, incluye cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	En la Red \$0 copago por beneficios de podiatría cubiertos por Medicare.*
		Hasta 4 vistas de rutina al año.
		Beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado de los pies que sea médicamente necesario.
11. Salud Mental Ambulatorio	0% o 45% de coaseguro para la mayoría de los servicios de cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por visitas para Salud Mental 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
12. Cuidado Ambulatorio por Abuso de Sustancias	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<p>En la Red \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.*</p> <p>Servicios de Intervención de emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana.</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00</p>
13. Servicios/Cirugía Ambulatoria	0% o 20% de coaseguro para el médico	<p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p>
	0% o 20% de coaseguro por cargos para facilidades ambulatorias.	<p>En la Red \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.*</p>
		<p>\$0 copago por cada visita a una facilidad de hospital ambulatorio cubierta por Medicare.*</p> <p>Esterilización voluntaria para hombres y mujeres de edad apropiada, orientados previamente sobre implicaciones del procedimiento médico. El médico debe evidenciar un consentimiento escrito del paciente.</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00</p>
14. Servicios de Ambulancia (Servicio de ambulancia médicamente necesarios)	0% o 20% de coaseguro	<p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		En la Red \$0 copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*
15. Cuidado de Emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencia si usted razonablemente entiende que necesita cuidado de emergencia)	0% o 20% de coaseguro para el médico	General \$0 copago por visitas a sala de emergencias cubiertas por Medicare.*
	0% o 20% de coaseguro por cargos para uso de las facilidades	
	NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.	Cubierta Mundial
16. Cuidado de Urgencia (Esto NO es cuidado de emergencia y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio).	0% o 20% de coaseguro	General \$0 copago en Puerto Rico \$5 copago cubierta mundial, por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare.*
	NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.	
17. Servicio Ambulatorio de Rehabilitación (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y el Idioma, Servicios de Terapia Respiratoria, Servicios Social/Sicológicos y más)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red Puede haber limitaciones en la terapia física, terapia ocupacional y en la terapia del habla/idioma y servicios patológicos. De ser así, puede haber excepciones a estos límites.
		\$0 copago por Visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.*

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		\$0 copago por visitas a Terapia física y del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.*
		\$0 copago por servicios de rehabilitación cardiovascular cubiertos por Medicare.*
SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS Y SUMINISTROS		
18. Equipo Médico Durable (Incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red 0 % a 10% del costo por equipo cubierto por Medicare.*
19. Aparatos Prostéticos (Incluye abrazaderas, extremidades y ojos artificiales, etc.)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red 0 % a 10% del costo de artículos cubiertos por Medicare.*
20. Adiestramiento para auto monitoreo de Diabetes, Terapia Nutricional y Suministros (Incluye cubierta para monitor de glucosa, bandas de prueba, lancetas, pruebas de cernimiento, adiestramiento para auto-manejo, examen de la retina/glaucoma y examen del pie/zapatos terapéuticos)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedades en los riñones (pero nos son dializadas o no han tenido	\$0 copago por adiestramiento de auto-monitoreo de Diabetes.*
		\$0 copago por Terapia de Nutrición para Diabetes.*
		\$0 copago por suministros para Diabetes.*

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
	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.	
21. Pruebas Diagnósticas, Rayos X, Laboratorios y Servicios de Radiología	0% o 20% de coaseguro por exámenes diagnósticos y rayos x.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	\$0 copago por servicios de laboratorios cubiertos por Medicare.	En la Red \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare:
	Servicios de Laboratorio: Medicare cubre servicios diagnósticos de laboratorio médicamente necesarios y que son ordenados por su médico cuando son provistos por un laboratorio Certificado (CLIA) participante en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio se hacen para que su médico diagnostique una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre los exámenes de cernimiento de rutina como cotejar su colesterol.	- Servicios de laboratorio*
		- Procedimientos diagnósticos y pruebas
		- rayos-X
- Servicios de radiología diagnóstica (no incluye rayos-X)		
- Servicios de radiología terapéutica		

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
SERVICIOS PREVENTIVOS		
22. Medición de Masa Ósea (Para personas con Medicare que están en riesgo)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	Cubre uno cada 24 meses (más si es médicamente necesario) si usted reúne ciertas condiciones médicas.	En la Red \$0 copago por cada Medición de Masa Ósea cubierta por Medicare.*
23. Examen de Cernimiento Colorrectal (Para personas con Medicare de 50 años o más)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	Cubre cuando a usted se le considera de alto riesgo o tiene 50 años o más	En la Red \$0 de copago por exámenes de cernimiento colorrectal cubiertos por Medicare.*
24. Vacunas (Vacunas de Influenza, Hepatitis B – para personas con Medicare que están en riesgo. Vacuna de Pulmonía)	\$0 de copago por vacunas de Pulmonía e Influenza	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 de copago por vacunas de Influenza y Pulmonía.
	0% o 20% de coaseguro para vacunas de Hepatitis B.	\$0 de copago por vacuna de Hepatitis B.*
	Es posible que sólo necesite la vacuna de Pulmonía una vez en la vida. Hable con su médico para más información.	No se necesita referido para las vacunas de Influenza y Pulmonía. Vacunas para niños de 0 a 21 años de edad provistas por el Departamento de Salud (DOH). a. Difteria b. Polio (ipv) c. Polio (opv)

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<p>d. Hepatitis B</p> <p>e. MMR</p> <p>f. Tétano (TD)</p> <p>g. Pulmonía</p> <p>h. HPV</p> <p>i. Tetramune (DTP-Hip)</p> <p>j. Inmunoglobulina</p> <p>k. Synagis (para bebes)</p> <p>l. Hepatitis A vacuna para niños de 12 a 17 meses de edad</p> <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 programa establecido por la PRHD.</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$0.00</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
25. Mamografía (Prueba anual) (Para mujeres con Medicare de 40 años o más)	0% o 20% de coaseguro	En la Red \$0 de copago por exámenes de cernimiento de mamografías cubiertos por Medicare.*
	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. Prueba PAP y Examen Pélvico (Para mujeres con Medicare)	\$0 de copago por prueba PAP.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	Cubre una vez cada 2 años. Cubre una vez (1) al año para mujeres con Medicare de alto riesgo.	En la Red \$0 de copago para Pruebas PAP y de Examen Pélvico cubiertos por Medicare.*
	0% o 20% de coaseguro 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 coaseguro por exámenes rectales digitales.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	\$0 por el examen PSA; 0% o 20% de coaseguro por otros servicios relacionados.	En la Red \$0 de copago por exámenes de discernimiento de la próstata cubiertos por Medicare.*
	Cubre una vez al año para hombres con Medicare mayor de 50 años.	

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
28- Enfermedad Renal en Etapa Final ESRD	0% o 20% de coaseguro por diálisis renal	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	0% o 20% de coaseguro por Terapia de Nutrición para Enfermedad Renal en Etapa Final.	En la Red \$0 de copago por diálisis renal.*
	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 de copago por Terapia de Nutrición por Enfermedad Renal en Etapa Terminal.*
29. Medicamentos Recetados	La mayoría de las medicinas no están cubiertas por Medicare Original. Usted puede añadir medicamentos recetados a su cubierta de Medicare Original al unirse a un Plan de Medicare de Medicamentos Recetados o usted puede obtener toda su cubierta de Medicare, incluyendo	Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare General \$0 copago para medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.
		\$0 deducible anual para medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.*

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
	una cubierta de medicamentos, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos.	<p>\$0 copago por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte D de Medicare General Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará un formulario o también puede ver el formulario completo en la página de 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 ingresos limitados, - viven en facilidades de cuidado a largo plazo, 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 de la red fuera del área de servicio de su plan (por ejemplo cuando usted viaja)</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		El total de costos anuales de medicamentos recetados son el total del costo de los medicamentos recetados pagados por usted, el plan y Medicare.
		El plan le podrá requerir a usted que pruebe primero un medicamento recetado que trate su condición antes de que pueda cubrir otro medicamento para esa condición.
		Algunos medicamentos recetados tienen cantidades limitadas.
		Su proveedor debe obtener una autorización previa de AHM_Platino Plus (HMO SNP) para ciertos medicamentos.
		Usted debe ir a ciertas farmacias por un número limitado de medicamentos recetados, debido a manejo especial, 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 .
		Si el costo actual de un medicamento recetado es menor que la cantidad del costo compartido normal para ese medicamento recetado, usted

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<p>pagará el costo actual, no la cantidad mayor del costo compartido.</p> <p>Cubierta Inicial</p> <p>Dependiendo de su ingreso y su estatus institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Brecha de Cubierta (Gap): El plan AHM_Platino Plus (HMO) no tiene etapa de brecha de cubierta "GAP" por lo que usted permanece en la Cubierta Inicial: Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p>
		<p>Cubierta Catastrófica El plan AHM_Platino Plus (HMO) no tiene etapa de Cubierta Catastrófica por lo usted permanece en la Cubierta Inicial:</p> <p>Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p>
		<p>Cubierta Inicial Fuera-de-la-Red Dependiendo de su ingreso y su estatus institucional, usted paga lo siguiente por un suministro de 10 días:</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<p>Para medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p>
		<p>Cubierta Catastrófica Fuera-de-la-Red</p> <p>El plan AHM_Platino Plus (HMO) no tiene etapa de Cubierta Catastrófica Fuera de la Red por lo tanto usted permanece en la Cubierta Inicial Fuera de la Red:</p> <p>Para suministro de 10 días: Medicamentos recetados genéricos (incluyendo medicamentos recetados de marca tratados como genéricos):</p> <p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados:</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<p>Código #10: \$0 Código #11: \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cubierta del Wrap de medicamentos cubiertos comienza cuando termina la cubierta de Medicare (incluyendo Proceso de Apelaciones de CMS de la Parte D). • El Formulario de la Parte D del MAO está sujeto a los copagos de Platino • Los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario de la Parte D del MAO están sujetos al proceso de Excepción o de apelaciones de CMS. • Los medicamentos no incluidos en la PRHIA Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y en el formulario de medicamentos del MAO de la Parte D pero, son aprobados por el Proceso de Apelaciones de CMS, están sujeto a los copagos del WRAP-AROUND DE PLATINO, que están incluidos en el Formulario Master del PRHIA. • Los costos compartidos de la Parte D (primas, deducibles, coaseguros incluidos en los gastos de la cubierta del Gap).

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • Los siguientes 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 (Mi Salud), deben estar cubiertos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Benzodicepina 2. Vitaminas Recetadas • Los siguientes medicamentos son barbitúricos y están incluidos en diferentes categorías del PDL: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fenobarbital - Anticonvulsivo 2. Primidone - Anticonvulsivo 3. APAP/Butalbital/Cafeína(Fioricet) – Migraña • Todo paciente cuya condición está bajo control bajo medicamentos, sea bioequivalente o de marca, debe continuar con dichos medicamentos basándose en el criterio médico del especialista responsable de atender al paciente. <p>Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
30. Servicios Dentales	Servicios Preventivos dentales (como limpiezas) no están cubiertos.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.*
		\$5 de copago por hasta 2 exámenes orales cada año
		\$0 de copago por hasta 2 limpiezas cada año
		\$0 de copago por hasta 2 tratamientos del fluoruro cada año
		\$0 de copago por hasta 2 radiografías dentales cada año
		El plan ofrece beneficios dentales comprensivos Los beneficios cubiertos bajo este beneficio son los siguientes: - Servicio de Emergencia - Servicio de Diagnóstico - Endodoncia/Periodoncia/Extracciones - Prostodoncia/Otros Servicios
		Límite de \$750 para beneficios dentales comprensivos cada año.
		<ul style="list-style-type: none"> • Preventivo (niños y adultos) • Restauraciones

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<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 anual. • 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 meses para beneficiarios menores de 19 años. • 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

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • 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	Exámenes de rutina de audición y audífonos no están cubiertos.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	0% o 20% de coaseguro por exámenes diagnósticos de audición.	En la Red \$0 de copago por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare.*
		\$0 copago por:
		- Hasta 1 examen de rutina de audición al año
		- Hasta 1 examen de ajuste de audífonos al año.
		\$0 copago por audífonos.
		Límite de \$300 de cubierta del plan para audífonos cada tres años.
Exámenes de audición rutinarios		
		Código de cubierta 010: \$0.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		Código de cubierta 011: \$1.00
32. Servicios de Visión	0% o 20% de coaseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.*
	Exámenes de rutina y espejuelos no están cubiertos.	- Hasta 1 examen de visión rutinario al año
	Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.	\$0 copago por un par de espejuelos o lentes de contacto luego de operación de cataratas.*
	Cubre un examen de cernimiento anual de glaucoma, para personas en riesgo.	- Hasta 1 par de espejuelos cada año
		- Hasta 1 par de lentes de contacto cada año
		- Hasta 1 par de lentes cada año
- Hasta 1 montura cada año		
Límite \$100 de la cubierta del plan para espejuelos, lentes de contacto, lentes de espejuelos y/o monturas cada año		
	Exámenes de visión rutinarios Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	
33. Exámenes Físicos	0% o 20% de coaseguro por un	En la Red

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
	examen dentro de los 12 primeros meses de su nueva cubierta de Medicare Parte B.	Cuando usted obtiene Medicare Parte B usted puede obtener un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cubierta de Parte B. La cubierta no incluye exámenes de laboratorio.
	Cuando usted obtiene Medicare Parte B usted puede obtener un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cubierta de Parte B. La cubierta no incluye exámenes de laboratorio.	<p>Exámenes rutinarios no están cubiertos</p> <p>\$0 copago en beneficios cubiertos por Medicare.*</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 tuberculina (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 (i.e. Historial de Medicación) serán provistos al beneficiario sin ningún costo. - 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>

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
Educación de Salud y Bienestar	Dejar de fumar: Está cubierto si es ordenado por su médico. Incluye dos intentos de consejería dentro de un periodo de 12 meses si es diagnosticado con alguna enfermedad relacionada al cigarrillo o si está tomando algún medicamento que pueda afectarse por el tabaco. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara. Usted paga coaseguro, y aplica el deducible de la Parte B.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red El plan cubre los siguientes beneficios de educación en salud y bienestar:
	\$0 copago por prueba de VIH, pero generalmente paga 0% o 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita al médico. Prueba de VIH está cubierta para personas con Medicare que están embarazadas y personas en alto riesgo de ser infectados, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses y hasta 3 veces durante un embarazo.	- Membresía a Gimnasio
		- Sesiones para dejar de fumar adicionales
		\$0 copago para cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierto por Medicare.*
		Sesiones adicionales para dejar de fumar están limitadas a 2 por año.
		El beneficio de Gimnasio tiene un límite de \$25.00 al mes. Este beneficio no es acumulativo y el afiliado no puede pasar el beneficio a otros meses.
\$0 de copago por cada prueba de VIH cubierta por Medicare.*		

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 (HMO SNP)
		Prueba de VIH está cubierta para personas con Medicare que están embarazadas y personas en alto riesgo de ser infectados, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses y hasta 3 veces durante un embarazo.
Transportación (Rutinario)	No está cubierto	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por hasta 1 viaje ida y vuelta cada año a localizaciones aprobadas por el plan. El beneficio tiene un máximo de \$40.00.
Acupuntura	No está cubierto	En la Red Este plan no cubre acupuntura
Servicios de Maternidad	No está cubierto	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
Cubierta Especial	No está cubierto	Servicios relacionados con: - Tuberculosis - Lepra
		Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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_Platino Plus
Suplementos Orales	No está cubierto	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 así como aprobación del plan.
Pañales	No está cubierto	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 está cubierto	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 está cubierto	Hasta 3 pastillas al mes. Cuando sea médicamente necesario.
Silla de Baño	No tiene cubierta	1 por afiliado. Según sea médicamente necesario.

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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: \$0.00	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicare
Servicios Dentales	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	En la Red \$0 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.*
		\$5 de copago por hasta 2 exámenes orales cada año
		\$0 de copago por hasta 2 limpiezas cada año
		\$0 de copago por hasta 2 tratamientos del fluoruro cada año
		\$0 de copago por hasta 2 radiografías dentales cada año
		El plan ofrece beneficios dentales comprensivos Los beneficios cubiertos bajo este beneficio son los siguientes: - Servicio de Emergencia - Servicio de Diagnóstico - Endodoncia/Periodoncia/Extracciones - Prostodoncia/Otros Servicios
		Límite de \$750 para beneficios dentales comprensivos cada año.

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 para pruebas diagnósticas Laboratorios de alta tecnología Laboratorios clínicos Rayos-X	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50	\$0 copago en servicios 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.
Prueba Diagnóstica Especial	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	No está cubierta
Servicios Ambulatorios de Rehabilitación	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	En la Red Puede haber limitaciones en la terapia física, terapia ocupacional y en la terapia del habla/idioma y servicios patológicos. De ser así, puede haber excepciones a estos límites.
		\$0 copago por Visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.*
		\$0 copago por visitas a Terapia Física y del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.*
		\$0 copago por servicios de rehabilitación cardiovascular cubiertos por Medicare.*

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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 médicos y quirúrgicos	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	En la Red \$0 copago para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.*
		\$0 copago 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 está cubierto
Servicios de Ambulancia		En la Red \$0 copago para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*
Servicios de Maternidad	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	No está cubierto
Servicios de Sala de Emergencia	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	General \$0 copago 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 copago
		El plan cubre 90 días para cada periodo del beneficio.
		Excepto en una emergencia, su médico debe

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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
		notificar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.
Servicios de Salud Mental	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	Dentro de la Red \$0 copago
		Usted tiene hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.
Hospitalización de Salud Mental	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$3.00	En la Red \$0 copago
		Usted obtiene hasta 190 días en un Hospital Psiquiátrico en el transcurso de su vida.
		Excepto en una emergencia, su médico 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¢	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la sección II
Exclusiones de cubierta básica*	Para propósitos de información	No está cubierta
Cubierta Especial		Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la sección II
Exclusiones de cubierta especial*	Para propósitos de información	No está cubierta
Cubierta de Medicare		Nosotros cubrimos todos los beneficios que

AHM_Platino Plus (HMO SNP) 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
		ofrece Medicare Original.