



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

Resumen de Beneficios para el 2011

AHM_Clásico (HMO)

1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2011

H5774_1001_11_03_S

Aprobado por CMS 10/04/2010

SECCION I – INTRODUCCION AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en AHM_Clásico (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) para necesidades especiales. 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_Clásico (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_Clásico (HMO). Usted puede tener otras opciones, también. Es su decisión. No importa lo que decida, todavía estará en el Programa Medicare.

Usted puede afiliarse al plan en cualquier momento solo en ciertos momentos. Favor de llamar a AHM_Clásico (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_Clásico (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 afiliados 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_CLASICO (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, Orocovis, 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 CLASICO (HMO)?

Usted puede afiliarse a AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) a menos que estén afiliados a nuestra organización desde que comenzó su diálisis.

¿PUEDO ESCOGER A MIS DOCTORES?

AHM_Clásico (HMO) ha organizado una red de médicos, 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 excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, cuidado de emergencia). Ni AHM_Clásico (HMO) ni el Plan Original de Medicare pagarán por estos servicios.

¿DONDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS SI ME SUSCRIBO A ESTE PLAN?

AHM_Clásico Plus (HMO SNP) ha creado una red de farmacias. Para recibir los beneficios del plan usted debe utilizar una farmacia que pertenezca a esta red. No podemos pagar por sus medicamentos si utiliza una farmacia que este fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias que integran nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un directorio de proveedores o puede visitar nuestra página de Internet en www.ahmpr.com. Nuestro número de Servicios al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

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

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

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

AHM_Clásico (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 comunicarse con nosotros 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 y ver “Programas para Personas de Ingresos Limitados” en el panfleto Medicare y Usted o en la Internet www.medicare.gov.

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

Como afiliado de AHM_Clásico (HMO), usted tiene derecho a pedir una determinación de la organización, lo cual incluye el derecho a radicar una apelación si le denegamos cubierta para algún artículo o servicio, y el derecho a radicar una querrela. Tiene derecho

a pedir una determinación de la organización si desea que le proveamos, o paguemos por, algún artículo o servicio que usted entiende debe estar cubierto. Si le denegamos cubierta por el artículo o servicio que ha pedido, usted tiene el derecho de apelar y pedir que revisemos nuestra decisión. Usted puede solicitar una determinación de cubierta o apelación acelerada (rápida) si entiende que el esperar por una decisión puede poner en riesgo su vida o su salud, o afectar su habilidad para una recuperación óptima. Si su médico solicita una determinación acelerada o le brinda su apoyo para solicitarla, debemos acelerar nuestra decisión. Por último, usted tiene derecho a radicar una querrela con nosotros si tiene algún tipo de problema con nosotros mismos o con algún proveedor de nuestra red, que no envuelva la cubierta de algún artículo o servicio. Si su problema está relacionado con la calidad de los servicios recibidos, usted también tiene el derecho de hacer una querrela a la Organización de Mejora de Calidad (QIO) del estado, QIPRO. Refiérase a la Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de QIPRO.

Como afiliado de AHM_Clásico (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 está relacionado con la calidad de los servicios recibidos, usted también tiene el derecho de hacer una querrela a la Organización de Mejora de Calidad (QIO) del estado, QIPRO. Refiérase a la Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de QIPRO.

¿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 ofrecerle. 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_Clásico (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. Comuníquese con AHM_Clásico (HMO) 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 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 de Medicare.
- Algunos Medicamentos Orales para Cáncer: Si el medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos Orales para Tratar las Nauseas: Si usted es parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión que se proveen a través de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés).

DONDE PUEDE ENCONTRAR INFORMACION SOBRE LA CALIFICACIÓN DEL PLAN

El programa de Medicare evalúa el funcionamiento adecuado de los planes en distintas categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedades, servicios a los pacientes y afiliados). Si usted tiene acceso a la red cibernética, puede utilizar las herramientas que se proveen en www.medicare.gov y seleccionar “Compare los Planes de Medicare Para Medicamentos Recetados” o “Compare las Opciones de Planes de Salud y Pólizas Medigap en su Área” para comparar la clasificación de los planes de Medicare en su 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_Clásico (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
Atlántico (PR, VI)

Afiliados 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

Posibles afiliados 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

Afiliados 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

Posibles afiliados debe 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
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_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| INFORMACIÓN IMPORTANTE | | |
| 1. Prima y Otra Información Importante | En el 2010 la prima mensual de la Parte B es \$96.40 y puede cambiar para el 2011 y el deducible de la Parte B es \$ \$155 y puede cambiar para el 2011. | General \$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 puede pagar una cantidad mayor. | La mayoría de las personas pagarán la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a ingreso anual. (en exceso de \$85,000 para los solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, puede comunicarse Medicare al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con el Seguro Social por el 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. |
| | La mayoría de las personas pagarán la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a ingreso anual. (en exceso de \$85,000 | Este plan no cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare con un costo compartido de \$0. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | para los solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, puede comunicarse Medicare al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con el Seguro Social por el 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. | <p>Dentro de la Red \$2,500 de límite de gasto de su bolsillo.</p> <p>Este límite solamente incluye los servicios cubiertos por Medicare.</p> |
| 2 – Selección de Médicos y Hospitales (Para más información, ver Emergencia - #15 y Cuidado Urgente Necesario - #16.) | Puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare | Dentro de la Red Debe visitar a médicos, especialistas u hospitales de la red. |
| | | No se requiere referido para los 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 2010 para cada periodo de beneficio son: Día 1-60: deducible inicial de \$1,100.00 * Día 61-90: \$275.00 cada día * Día 91-150: \$550.00 por cada día de la reserva de por vida. * Estas cantidades cambiarán para el 2011. | Dentro de la Red No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada periodo de beneficios. |
| | Para información sobre los días de reserva de por vida, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). | \$0 copago |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | Los días de reserva de por vida pueden utilizarse sólo una vez. | Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle a su 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 comienza. Usted debe pagar el deducible por cada periodo de beneficio. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener. | |
| 4 –Hospitalización para Salud Mental | Paga el mismo deducible y copago como el servicio de hospitalización en hospital (vea “hospitalización” arriba). | Dentro de la Red Tiene hasta 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. |
| | Usted tiene un límite 190 días en un Hospital Psiquiátrico en toda su vida. | \$0 copago |
| | | Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle al plan que usted va a ser admitido al hospital. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| <p>5 – Institución de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>(en una institución de cuidado diestro certificada por Medicare)</p> | <p>En el 2010 las cantidades para cada periodo de beneficio de una estadía de por lo menos 3 días en el hospital: Día 1-20: \$0 por cada día*. Día 21-100: \$0 o \$137.50 por cada día*. Estas cantidades cambiarán para el 2011.</p> | <p>General Pueden aplicar reglas de autorización</p> |
| | | <p>Dentro de la Red El plan cubre hasta 100 días para cada periodo de beneficio.</p> |
| | <p>Hay un límite de 100 días para cada período de beneficio.</p> | <p>Se requiere 3 días de hospitalización previa.</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>\$0 copago para Servicios de Enfermería Diestra</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>\$0 copago</p> | <p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> |
| | | <p>Dentro de la Red \$0 copago por visitas al hogar cubiertas por Medicare.</p> |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| 7- Hospicio | Usted paga parte del costo de las medicinas como paciente ambulatorio y del cuidado de relevo como paciente hospitalizado. | General Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare. |
| | Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare. | |
| CUIDADO AMBULATORIO | | |
| 8 – Visitas Médicas | 20% coaseguro | Dentro de la Red \$0 copago por cada visita a un médico de cuidado primario para beneficios cubierto por Medicare. |
| | | \$5 copago para el costo por cada visita de cuidado en urgencias en área de la red cubierto por Medicare. |
| | | \$10 copago por cada visita a un especialista cubierto por Medicare. |
| 9 – Servicios Quiroprácticos | No se cubre cuidado de rutina. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | 20% coaseguro para manipulación manual de la espina dorsal para corregir una subluxación si la obtiene de un quiropráctico u otro | Dentro de la Red \$10 copago por visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | proveedor cualificado. | \$10 de copago por hasta 5 visitas de rutina cada 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 | No se cubre cuidado de rutina. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | 20% coaseguro por tratamiento del pie que sea médicamente necesario, incluye cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. | Dentro de la Red \$10 copago por cada visita cubierta por Medicare. |
| | | \$10 de copago por hasta 4 visitas de rutina cada año. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare para el cuidado de los pies deben ser médicamente necesarios. |
| 11 – Cuidado de Salud Mental para el Paciente Ambulatorio | 45% coaseguro para la mayoría de servicios de cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios. | Dentro de la Red \$10 copago por visitas individuales o de terapia de grupo cubiertas por Medicare. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| 12 – Abuso de Sustancias - Paciente Ambulatorio | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red \$10 copago por visitas individuales o de terapia de grupo cubiertas por Medicare. |
| 13 – Cirugía Ambulatoria | 20% coaseguro para el médico | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | Existe un copago específico por los cargos de facilidades de cirugía ambulatoria. El copago no puede exceder la cantidad del deducible de hospitalización de la Parte A. | Dentro de la Red \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. |
| | 20% de coaseguro por el costo de facilidad del centro de cirugía ambulatoria. | \$0 copago por cada visita a una facilidad de hospital ambulatorio cubierta por Medicare. |
| 14 – Servicios de Ambulancia (los servicios de ambulancia deben ser médicamente necesarios) | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red \$0 copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. |
| 15 – Cuidado de Emergencia (Usted puede ir a cualquier sala de emergencia si razonablemente entiende que necesita cuidado de | 20% coaseguro para el médico | General \$50 copago por visitas a sala de emergencias cubiertas por Medicare. |
| | Existe un copago específico por los cargos de facilidades de la sala de emergencia (ER, por | |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| emergencia.) | sus siglas en inglés). | |
| | El copago de la Sala de Emergencia (ER) no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A. | |
| | No tiene que pagar el copago si es admitido al hospital, por la misma condición, dentro de los 3 días siguientes a su visita a la sala de emergencia. | |
| | NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas. | |
| | | Cubierta Mundial |
| | | Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición, usted paga \$0 por visita a sala de emergencias. |
| 16 – Cuidado de Urgencia (Esto NO es cuidado de emergencia y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.) | 20% coaseguro o un copago establecido | General \$25 copago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare. |
| | NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas. | Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición, usted paga \$0 por visita a sala de emergencias. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| 17 –Rehabilitación – Servicios Ambulatorios (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje, Servicios de Terapia Respiratoria, Servicios Sociales/Sicológicos y más) | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red Pueden existir límites en terapia física, terapias ocupacionales, y servicios patológicos del habla y lenguaje. De ser así, pueden existir 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. |
| | | \$0 copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, |
| SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS AMBULATORIOS | | |
| 18 – Equipo Médico Duradero (incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.) | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare. |
| 19 - Prótesis (Incluye ganchos dentales, extremidades y ojos artificiales, etc.) | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red 10 % del costo en artículos cubiertos por |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) | |
| | | Medicare | |
| 20 – Adiestramiento en Monitoreo de Diabetes, Terapia de Nutrición y Suministros (Incluye monitoreo de glucosa, tiras de prueba, lancetas, y adiestramiento para auto-manejo, examen retina/examen para glaucoma y examen del pie/zapatos terapéuticos suaves) | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. | |
| | 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. | | Dentro de la Red \$0 copago por adiestramiento de auto-monitoreo de Diabetes. |
| | | | \$0 copago por Terapia de Nutrición para Diabetes. |
| | | | \$0 copago por suministros para Diabetes. |
| 21 – Pruebas Diagnósticas, Rayos X y Servicios de Laboratorio | 20% coaseguro por exámenes diagnósticos y rayos x. | General Pueden aplicar reglas de autorización. | |
| | \$0 copago por servicios de laboratorios cubiertos por Medicare. | Dentro de la Red \$0 copago en servicios cubiertos por Medicare: | |
| | Servicios de Laboratorio: Medicare cubre servicios diagnósticos de laboratorio médicamente necesarios y que son ordenados | | - Servicios de laboratorio |
| | | | - Procedimientos diagnósticos y pruebas |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | por su doctor (que la trata) cuando son provistos por un laboratorio Certificado (CLIA) participante en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio se hacen para que su doctor diagnostique una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre los exámenes de discernimiento de rutina como cotejar su colesterol. | \$0 copago para Rayos-X cubiertos por Medicare. |
| | | \$0 a \$25 de copago por servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare (no incluye rayos-X) |
| | | \$0 a \$25 de copago por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare |
| SERVICIOS PREVENTIVOS | | |
| 22 – Densitometría Ósea (para personas con Medicare que estén a riesgo) | 20% coaseguro | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia, si es médicamente necesario) si usted cumple con ciertas condiciones médicas. | Dentro de la Red \$0 copago por densitometría ósea cubierta por Medicare |
| 23 – Examen Colorectal (para personas con Medicare de 50 años en adelante) | No tiene coaseguro, copago o deducible para la colonoscopia de cernimiento o sigmoidoscopia flexible de cernimiento. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | Se cubre cuando a usted se le considera de alto riesgo o tiene 50 años o más | Dentro de la Red \$0 copago por exámenes de cernimiento colorectal cubiertos por Medicare |
| 24 - Vacunas (Vacunas de influenza y hepatitis B – para personas en riesgo que | \$0 de copago por vacunas contra la influenza, pulmonía y Hepatitis B. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| tienen Medicare; Vacuna de pulmonía) | | \$0 copago por vacunas de Influenza y Pulmonía. |
| | | \$0 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. |
| 25 - Mamografías (Prueba Anual) (para mujeres con Medicare, de 50 años en adelante) | No coaseguro, copago o deducible. | Dentro de la Red \$0 copago por de mamografías cubiertas 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 – Pruebas de Papanicolaou y Exámenes Pélvicos (para mujeres que tienen Medicare) | No coaseguro, copago o deducible para Prueba PAP. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | No coaseguro, copago o deducible por exámenes pélvicos y clínicos del seno. | |
| | Cubre una vez cada 2 años. Cubre una vez (1) al año para mujeres con Medicare de alto riesgo. | Dentro de la Red \$0 copago para Pruebas PAP y Examen Pélvico cubiertos por Medicare. |
| 27 – Examen de Cáncer en la Próstata (para hombres con Medicare, de 50 años en adelante) | 20% de coaseguro por exámenes rectales digitales. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | \$0 por el examen PSA; 20% coaseguro por otros servicios relacionados. | Dentro de la Red \$0 copago por exámenes de la próstata cubiertos por Medicare |
| | Cubre una vez al año para hombres con Medicare mayor de 50 años. | |
| 28 – Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) | 20% de coaseguro por diálisis. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | 20% de coaseguro por Terapia de Nutrición por Enfermedad Renal en Etapa Terminal. | Dentro de la Red \$0 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 copago por Terapia de Nutrición para Enfermedad Renal en etapa terminal. |
| 29 – Medicamentos Recetados | 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 | Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare General \$0 copago para medicamentos recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | cubierta de medicamentos, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos. | <p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D General</p> <p>Este plan usa un formulario. Le enviaremos 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 entradas de dinero limitadas, - viven en facilidades de larga duración, o - tienen acceso a Indio/tribal/urbano (servicio médico indio). <p>El plan ofrece cubierta nacional de medicamentos 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</p> |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | medicamentos recetados pagados por usted, el plan y Medicare. |
| | | 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. |
| | | Algunos medicamentos recetados tienen límite de cantidad. |
| | | Su proveedor debe obtener una autorización previa de AHM_Clásico (HMO) para ciertos medicamentos recetados. |
| | | Usted debe ir a ciertas farmacias por un número limitado de medicamentos recetados, debido a manejo especial, coordinación de proveedor, o requisito 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 |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | compartido normal para ese medicamento recetado, usted pagará el costo actual, no la cantidad mayor del costo compartido. |
| | | Si usted solicita una excepción al formulario por un medicamento y AHM_Clásico (HMO) autoriza la excepción, usted pagara el costo compartido del Nivel 5: Medicamentos Especializado por ese medicamento. |
| | | Dentro de la Red \$0 deducible. |
| | | Cubierta Inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual de medicamentos alcanza \$2,840 |
| | | Farmacias al por menor |
| | | Nivel 1: Genérico Preferido |
| | | - \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 2: Genérico no Preferido |
| | | - \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | nivel. |
| | | – \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 3: Preferidos de Marca |
| | | – \$35 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | – \$105 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 4: No Preferidos de Marca |
| | | – \$50 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | – \$150 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 5: Medicamentos Especializados |
| | | – 33% coaseguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | – 33% coaseguro para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Farmacia de Cuidado a Largo Plazo |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | <p>Nivel 1: Genérico Preferido</p> <p>– \$5 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 2: Genérico no Preferido</p> <p>– \$10 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 3: Preferidos de Marca</p> <p>– \$35 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 4: No Preferidos de Marca</p> <p>– \$50 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 5: Medicamentos Especializados</p> <p>– 33% coaseguro para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Orden por Correo</p> <p>Nivel 1: Genérico Preferido</p> <p>– \$5 copago para suministro de un mes</p> |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 2: Genérico no Preferido |
| | | - \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 3: Preferidos de Marca |
| | | - \$35 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$105 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 4: No Preferidos de Marca |
| | | - \$50 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$150 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 5: Medicamentos Especializados |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 33% coaseguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 33% coaseguro para suministro de un mes (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Cubierta Adicional durante la Brecha de Cubierta “Gap” |
| | | Usted paga lo siguiente: |
| | | Farmacia al por Menor |
| | | Nivel 1: Genérico Preferido |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 2: Genérico no Preferido |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Farmacia de Cuidado A Largo Plazo |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | Nivel 1: Genérico Preferido |
| | | - \$5 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 2: Genérico no Preferido |
| | | - \$10 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Orden por Correo |
| | | Nivel 1: Genérico Preferido |
| | | - \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 2: Genérico no Preferido |
| | | - \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | - \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel. |
| | | Usted recibirá una cubierta limitada del |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | <p>plan en ciertos medicamentos después de que los costos anuales de medicamentos alcancen \$2,840. También recibirá un descuento en medicamentos de marca no mayor del 93% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos anuales de medicamentos que salen de su bolsillo alcancen de \$4550.</p> <p>Cubierta Catastrófica 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 copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 copago para el resto de los medicamentos, ó - 5% coaseguro <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 a la cantidad de costo compartido normal si</p> |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | <p>adquiere 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_Clásico (HMO).</p> |
| | | <p>Cubierta Inicial - Fuera de la Red Se le reembolsará el costo completo del medicamento menos los siguientes medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que sus costos anuales lleguen a \$2,840:</p> |
| | | <p>Nivel 1: Genérico Preferido</p> |
| | | <p>- \$5 copago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 2: Genérico no Preferido</p> |
| | | <p>- \$10 copago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 3: Preferidos de Marca</p> |
| | | <p>- \$35 copago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.</p> |
| | | <p>Nivel 4: No Preferidos de Marca</p> |
| | | <p>- \$50 copago para un suministro de (10-</p> |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | días) por medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 5: Medicamentos Especializados |
| | | - 33% coaseguro para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. |
| | | Cubierta adicional durante la Brecha de Cubierta “Gap” - Fuera de la Red Se le reembolsará por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo completo menos lo siguiente: |
| | | Nivel 1: Genérico Preferido |
| | | - \$5 copago pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 2: Genérico no Preferido |
| | | - \$10 copago pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel. |
| | | Nivel 3: Preferidos de Marca |
| | | Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido del plan por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,550. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | Se le reembolsará hasta el costo descontado del plan por medicamentos marca adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,550. |
| | | Nivel 4: No Preferidos de Marca |
| | | Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido del plan por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,550. |
| | | Se le reembolsará hasta el costo descontado del plan por medicamentos marca adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,550. |
| | | Nivel 5: Medicamentos Especializados |
| | | Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido del plan por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,550. |
| | | Se le reembolsará hasta el costo descontado del plan por medicamentos marca adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | <p>sale de su bolsillo alcance \$4,550.</p> <hr/> <p>Cubierta Catastrófica - Fuera de la Red 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 copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 copago para el resto de los medicamentos, ó - 5% coaseguro |
| 30 – Servicios Dentales | Servicios Preventivos dentales (como limpiezas) no están cubiertos. | <p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> |
| | | <p>Dentro de la Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago por hasta 2 exámenes orales cada año |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago por hasta 2 limpiezas cada año |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago por hasta 2 tratamientos de fluoruro cada año |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | | - \$10 copago por hasta 2 rayos-x cada año El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales. \$500 de limite beneficios dentales comprensivos cada año. |
| 31 – Servicios para la Audición | Exámenes de rutina de audición y aparatos de audición no están cubiertos. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red \$0 copago por exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por Medicare. |
| | | \$0 copago por: |
| | 20% coaseguro por exámenes diagnósticos de audición. | - Hasta 1 examen de rutina al año. |
| | | - hasta 1 evaluación de ajuste para audífonos cada año |
| | | \$0 copago por hasta 1 aparato auditivo cada año. |
| | \$300 limite por audífonos cada 3 años. | |
| 32 – Servicios para la Visión | 20% coaseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos. | General Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Dentro de la Red \$0 copago por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | Exámenes de rutina y espejuelos no están cubiertos. | - Y hasta un examen de la vista de rutina cada año. |
| | Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía para cataratas. | \$0 copago por: - por 1 par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas. |
| | Cubre un examen de detección anual de glaucoma, para personas en riesgo. | - hasta 1 par de espejuelos cada año. |
| | | - hasta 1 par de lentes de contacto cada año. |
| | | - hasta un par de lentes cada año. |
| | | - hasta 1 montura de espejuelos cada año. |
| | | \$100 de límite por espejuelos cada año. |
| 33 – Bienvenida a Medicare; Visita de Bienestar Anual | Cuando se afilia a Medicare Parte B, usted es elegible a: | Dentro de la Red Cuando usted obtiene Medicare Parte B usted puede obtener un examen físico dentro de los 12 meses de su nueva cubierta de la Parte B. La cubierta no incluye exámenes de laboratorio. |
| | Durante los primeros 12 meses de su nueva cubierta de la Parte B, usted puede obtener un examen de Bienvenida a Medicare o una Visita Anual de Bienestar. | Los exámenes de rutina no están cubiertos. |
| | Después de los primeros 12 meses, usted puede obtener una Visita Anual de Bienestar cada 12 meses. | |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | El examen de Bienvenida a Medicare o la Visita Anual de Bienestar no tiene coaseguro, copago o deducible. | |
| | El examen de Bienvenida a Medicare no incluye los exámenes de laboratorio. | |
| 34 - Educación en Salud / Bienestar | Cesación de fumar: Está cubierto si es ordenado por su médico. Incluye dos intentos de consejería dentro de un periodo de 12 meses si eres 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 Pueden aplicar reglas de autorización. |
| | | Favor de visitar nuestra página de Internet para ver la lista de artículos cubiertos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés). |
| | | Los artículos OTC solo pueden ser adquiridos por el afiliado. Favor de comunicarse con el plan para instrucciones de cómo utilizar este beneficio. |
| | | Dentro de la Red El plan cubre los siguientes beneficios de educación de salud y bienestar: |
| | | – Beneficios adicionales para dejar de fumar. |
| \$0 copago para pruebas de cernimiento de HIV, pero usted por lo general paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita al médico. Pruebas de HIV están cubiertas para personas que están embarazadas y que | – Membresía a un gimnasio y clases | |
| | \$0 copago por cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierta por Medicare. | |
| | \$0 copago por pruebas de cernimiento cubiertas por Medicare para HIV | |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| | tienen un riesgo mayor de contraer la infección incluyendo a cualquiera que solicite hacerse la prueba, Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses y hasta tres veces durante el embarazo. | Pruebas de HIV están cubiertas para personas que están embarazadas y que tienen un riesgo mayor de contraer la infección incluyendo a cualquiera que solicite hacerse la prueba, Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses y hasta tres veces durante el embarazo. |
| Transportación (de rutina) | No tiene cubierta | Dentro de la Red Este Plan no cubre Transportación. |
| Acupuntura | No tiene cubierta | Dentro de la Red Este Plan no cubre Acupuntura. |

AHM_Clásico (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_Clásico (HMO) |
| Suplementos Orales Nutricionales | No tiene cubierta | Para individuos con la condición médica de tomar suplementos orales nutricionales el plan pagara por hasta 3 unidades diarias por 4 semanas consecutivas al año. Este beneficio requiere la aprobación del médico primario y del plan. |
| Pañales de Adulto | No tiene cubierta | El plan ofrece cubierta para pañales de adultos cuando es médicamente necesario. Beneficio se limita a 3 pañales diarios y está sujeto a autorización y revisión de necesidad médica. |
| Monitor de Presión | No tiene cubierta | Para aquellos afiliados que tengan necesidad médica de tomarse continuamente la presión arterial, el plan proveerá 1 monitor de presión arterial por afiliado. Este beneficio requiere certificación por su médico primario y aprobación del plan. |
| Silla para Ducharse | No tiene cubierta | Una por afiliado. Debe ser medicamente necesaria. |