

31 DE OCTUBRE DEL 2009

Estimado Afiliado:

Adjunto 3 documentos con información importante para usted.

1. Favor de comenzar leyendo la **Notificación Anual de cambios para el 2010**. El mismo le provee un resumen de los cambios a los beneficios y costos para el próximo año. Estos cambios tomaran efecto el 1 de enero del 2010.
  - Por favor tome un momento prontamente para leer este resumen y ver como estos cambios podrían afectarlo.
  - Si usted decide permanecer con AHM\_Clásico Plus (HMO) para el 2010 – no necesita informarlo ni llenar documentos al respecto. Automáticamente permanecerá afiliado a AHM\_Clásico Plus (HMO).
  - Si usted decide desafiliarse de AHM\_Clásico Plus (HMO), puede cambiarse a un plan diferente de Medicare Advantage o al plan de Medicare Original desde el 15 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre cada año. La notificación anual de cambios le habla más sobre esto.
2. Estamos incluyendo una copia de la **Evidencia de Cubierta** para el próximo año. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal detallada de sus beneficios y costos para el 2010 como afiliado de AHM\_Clásico Plus (HMO). Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados. Favor De leer este documento para que sepa lo que contiene y manténgalo cerca para usarlo de referencia.
3. Además incluimos una copia de la **Lista de Medicamentos con Cubierta (Formulario)** para AHM\_Clásico Plus (HMO) efectivo en enero del 2010.

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudar. Tenga la bondad de comunicarse con Servicios al Cliente al 1-888-620-1919 (usuario TTY, llamar al 1-866-620-2520). Horario de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm y llamadas a este número son gratis. Además puede visitar nuestra página de Internet, ([www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com)).

Valoramos su afiliación y esperamos continuar brindándole servicio en el próximo año.

Cordialmente,

American Health Medicare.

## **AHM\_Clásico Plus (HMO)**

### **Notificación Anual de Cambios para el 2010**

Este folleto le explica cómo sus beneficios y costos actuales como afiliado de AHM\_Clásico Plus (HMO) cambiarán para el próximo año. Estos cambios tomaran efecto el 1 de enero del 2010.

Para decidir lo que es mejor para usted, compare la información que le estamos enviando con los beneficios y costos de otros planes de Medicare Advantage en su área así como los de Medicare Original

#### **AHM\_Clásico Plus (HMO) Servicios al Cliente:**

Para información y/o ayuda, favor de llamar a Servicios al Cliente o visite nuestra página de Internet, [www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com).

1-888-620-1919 (Llamadas a este número son gratis.)

TTY: 1-866-620-2520

#### **Horario de Operación:**

lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Este plan es ofrecido por American Health Medicare, referido a través de la Notificación Anual de Cambios como “nosotros” o “nuestro”. AHM\_Clásico Plus (HMO) es referido como “plan” o “nuestro plan”.

American Health Medicare es una Organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

This information is available in a different format, including English version. Please call Customer Services at the number listed above if you need plan information in another format or language.

H5774\_1027\_10\_04\_S

F&U: 10/14/2009

**Si usted permanece afiliado a AHM\_Clásico Plus (HMO) para el 2010, habrán algunos cambios a sus beneficios y a lo que usted paga por ellos.**

Actualmente usted está afiliado a AHM\_Clásico Plus (HMO). Nos place poder proveerle su cubierta de salud de Medicare, incluyendo su cubierta de Medicamentos Recetados. Le estamos enviando esta Notificación Anual de Cambios para dejarle saber cómo sus beneficios y costos actuales, como afiliado de AHM\_Clásico Plus (HMO), cambiarán para el próximo año. Estos cambios tomarán efecto el 1 de enero del 2010. Medicare ha aprobado dichos cambios.

**¿Qué debe hacer?**

Queremos que usted este informado de lo que se avecina para el próximo año, **así que por favor tome un momento prontamente para leer este resumen y ver como estos cambios podrían afectarlo si usted permanece afiliado a AHM\_Clásico Plus (HMO) para el 2010.**

Para decidir lo que es mejor para usted, compare la información que le estamos enviando con los beneficios y costos de otros planes de Medicare Advantage en su área, así como los beneficios y costos del Plan Original de Medicare.

Usted puede encontrar información sobre planes disponibles en su área visitando la página de Internet de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). La página de Internet de Medicare incluye información con respecto a los beneficios y costos de los planes, así como información sobre como Medicare califica los planes en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir enfermedades, calificaciones de pacientes y servicios al cliente). Si usted tiene acceso al Internet, puede utilizar las herramientas en la página de Medicare <http://www.medicare.gov> seleccionando “Comparar Planes de Salud y Pólizas de Medigap en su Área” o “Comparar Planes de Medicamentos Recetados.” También puede llamarnos directamente al 1-888-620-1919 para obtener una copia de las calificaciones para este plan. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520.

Esperamos que permanezca como afiliado de AHM\_Clásico Plus (HMO). Pero si usted desea hacer un cambio para el 2010, vea “Cuando puede hacer un cambio” en la Sección 6 para los diferentes periodos en donde puede hacer cambios.

## Tabla de Contenido

<b>Sección 1. Cosas Importantes que debe saber .....</b>	<b>4</b>
Esta Notificación Anual de Cambios es sólo un resumen (ver su Evidencia de Cubierta para los detalles).....	4
<b>Sección 2. Cambios a su prima mensual .....</b>	<b>4</b>
<b>Sección 3. Servicios médicos: Cambios a sus beneficios y a lo que usted     paga por ellos.....</b>	<b>5</b>
Cambios a sus <u>beneficios</u> .....	5
Cambios a lo que usted <u>paga</u> .....	5
<b>Sección 4. Medicamentos Recetados de la Parte D: Cambios a sus     beneficios y a lo que usted paga por ellos .....</b>	<b>8</b>
Cambios a sus <u>beneficios</u> .....	8
Cambios a lo que usted <u>paga</u> .....	8
¿Qué sucede si los cambios para el 2010 afectan los medicamentos que usted está tomando ahora mismo? .....	10
<b>Sección 5. ¿Desea permanecer en el plan o le gustaría hacer un cambio? .....</b>	<b>11</b>
¿Su médico u otros proveedores estarán en la red del plan el próximo año? .....	11
<b>Sección 6. ¿Desea permanecer en el plan o le gustaría hacer un cambio? .....</b>	<b>11</b>
¿Desea permanecer <i>con AHM_Clásico Plus (HMO)</i> ? .....	11
<b><u>Sección 7. ¿Necesita ayuda? ¿Le gustaría recibir más información?</u> .....</b>	<b>12</b>
Usted puede recibir ayuda y/o información del Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado.....	12
Usted puede obtener ayuda y/o información de Medicare.....	13

## **Sección 1. Cosas Importantes que debe saber**

### **Esta Notificación Anual de Cambios es sólo un resumen (ver su Evidencia de Cubierta para los detalles)**

Esta Notificación Anual de Cambios le provee un resumen de los cambios a sus beneficios y lo que usted pagará por estos servicios en el 2010.

- Para obtener detalles, puede ver la 2010 *Evidencia de Cubierta* para *AHM Clásico Plus (HMO)*. La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal detallada de sus beneficios y costos para el 2010. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos y medicamentos recetados. (Hemos incluido una copia de su *Evidencia de Cubierta* en el mismo sobre con esta Notificación Anual de Cambios. De no tener esta copia, llame a Servicios al Cliente.)
- Si usted tiene preguntas o necesita más información, siempre puede llamar a Servicios al Cliente al 1-888-620-1919 (usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520). Horario de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm y las llamadas a este número son gratis.

### **Hay programas para ayudar a las personas con escasos recursos para pagar por sus medicamentos recetados**

Usted puede cualificar para obtener ayuda para pagar por sus medicamentos. Hay un tipo básico de ayuda:

“Ayuda Adicional” de Medicare. Este programa también se llama “subsidió de bajo ingreso” o LIS, por sus siglas en inglés. Las personas cuyos ingresos anuales y recursos están por debajo de ciertos límites pueden cualificar para esta ayuda. Vea la Sección III de su nuevo manual de Medicare & usted para el 2010 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Llamadas a este número son gratis, 24 horas al día, 7 días a la semana.

## **Sección 2. Cambios a su prima mensual**

	<b>2009 (este año)</b>	<b>2010 (próximo año)</b>
<b>Prima Mensual</b>	\$ 0.00	\$ 0.00

*Excepción:* Si es requerido que usted pague una penalidad por afiliación tardía (debido a que usted no se afilio a un plan de medicamentos cuando fue elegible inicialmente), su prima mensual para el 2010 será de \$0.00 más la cantidad de su penalidad por afiliación tardía. Para más información referente a dicha penalidad, ver Capítulo 6 de su Evidencia de Cubierta.

### **Sección 3. Servicios médicos: Cambios a sus beneficios y a lo que usted paga por ellos**

#### **Cambios a sus beneficios**

Como mostramos a continuación, *AHM Clásico Plus (HMO)* estará cambiando beneficios para el próximo año. Para más detalles, vea los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de Cubierta.

	<b>2009 (este año)</b>	<b>2010 (próximo año)</b>
<b>Suplementos Orales Nutricionales</b>	<b>Cubierto</b>  2 unidades al día todo el año.	<b>Cambió</b>  3 unidades al día por 4 semanas consecutivas al año.

#### **Cambios a lo que usted paga**

La tabla a continuación es un resumen de lo que usted paga como parte de su costo compartido por servicios médicos. Para detalles vea el Capítulo 4, *Tabla de beneficios Médicos (lo que esta cubierto y lo que usted paga)*, en su Evidencia de Cubierta.

	<b>2009 (este año)</b>	<b>2010 (próximo año)</b>
<b>Cuidado a paciente hospitalizado</b>	\$0 co-pago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.	\$100 co-pago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.

	<b>2009 (este año)</b>	<b>2010 (próximo año)</b>
<b>Cuidado de salud mental a paciente recluido</b>	\$0 co-pago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.	\$100 co-pago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.
<b>Visitas a Médico Primario/Especialistas</b>	<p>\$0 co-pago por visitas a un Médico Primario por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan.</p> <p>\$0 co-pago por visitas a Especialistas por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan</p>	<p>\$0 co-pago por visitas a un Médico Primario por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan.</p> <p>\$5 co-pago por visitas a Especialistas por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan</p>
<b>Emergencias</b>	<p>\$25 co-pago por visitas a sala de emergencia dentro de Puerto Rico</p> <p>\$50 co-pago por visitas a sala de emergencia fuera de Puerto Rico</p>	<p>\$50 co-pago por visitas a sala de emergencia dentro de Puerto Rico</p> <p>\$50 co-pago por visitas a sala de emergencia fuera de Puerto Rico</p>

	2009 (este año)	2010 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b>	<p>\$0 co-pago por visitas de Terapia Ocupacional Cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p> <p>\$0 co-pago por visitas de Terapias Físicas y/o Terapias del habla/lenguaje que son cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p>	<p>\$5 co-pago por visitas de Terapia Ocupacional Cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p> <p>\$5 co-pago por visitas de Terapias Físicas y/o Terapias del habla/lenguaje que son cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p>
<b>Equipo médico duradero y materiales relacionados</b>	\$0 copago por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.	20% del costo por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.
<b>Prótesis y materiales relacionados</b>	\$0 copago por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.	20% del costo por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.

## **Sección 4. Medicamentos Recetados de la Parte D: Cambios a sus beneficios y a lo que usted paga por ellos**

### **Cambios a sus beneficios**

*AHM\_ Clásico Plus (HMO)* tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*” – o “Lista de Medicamentos”. Le explica que medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el plan. (Capítulo 5, SECCIÓN 1.1 de su *Evidencia de Cubierta* explica los medicamentos de la Parte D.)

Podemos hacer cambios a la Lista de Medicamentos del plan durante el año. En adición, hay una serie de cambios a la Lista de Medicamentos que entraran en efecto el 1 de enero del 2010. Cambios a esta Lista de Medicamentos han sido aprobados por Medicare.

- **Hemos añadido medicamentos nuevos a la lista y removido otros.** Hemos añadido medicamentos nuevos que están ahora disponible. Hemos reemplazado algunos medicamentos de marca con medicamentos genéricos. Hemos reemplazado algunos medicamentos costosos con medicamentos menos costosos que han demostrado funcionar igual o mejor.
- **Hemos añadido restricciones a ciertos medicamentos y reducido las restricciones en otros.** Las restricciones pueden incluir un requisito para obtener aprobación del plan por adelantado o tratar un medicamento diferente primero para ver cuán bien funciona. Restricciones pueden incluir límites a la cantidad de medicamento.

### **Favor de verificar si alguno de estos cambios a cubierta de medicamentos afecta el medicamento que usted utiliza.**

- Usted puede verificar sus medicamentos en la Lista de Medicamentos que le enviamos con esta Notificación de Cambios.
- La Lista de medicamentos que le enviamos incluye muchos de los medicamentos que cubrimos, pero no incluye todos los medicamentos cubiertos. Si no puede encontrar sus medicamentos en la Lista de Medicamentos, puede encontrarlos en la Lista de Medicamentos completa, la cual incluye todos los medicamentos que cubrimos. Puede obtener una Lista de Medicamentos completa llamando a Servicios al Cliente o visitando nuestra pagina de Internet ([www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com)).

### **Cambios a lo que usted paga**

La tabla a continuación es un resumen de lo que usted paga como parte de su costo compartido por medicamentos recetados. Estos cambios afectan a los medicamentos recetados de la Parte D solamente.

- Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en una de 5 niveles de costo compartido. Medicare nos permite **cambiar lo que usted paga por costo compartido de un medicamento** solamente una vez al año. Los cambios que se

muestran a continuación tomaran efecto en enero 1 del 2010 y permanecerán igual por el resto del año.

- Además de los cambios a copago y coaseguro que ve a continuación, hay otro cambio que puede afectar lo que usted paga por medicamentos el próximo año. **Hemos movido algunos medicamentos en la Lista de Medicamentos a un nivel de costo compartido diferente.** Algunos medicamentos estarán en un costo compartido más bajo y otros en un nivel de costo compartido más alto. Para verificar si alguno de sus medicamentos se ha movido a un nivel de costo compartido diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.

	2009 (este año)	2010 (próximo año)
<p><b>Medicamentos en Nivel de Costo Compartido 1</b></p> <p>Preferidos Genéricos</p> <p>Para suministro de (30 días) de medicamento en Nivel de Costo Compartido 1 que se llena en una farmacia de la red</p>	<p>En copagos usted paga: \$5 por receta.</p> <p>En el 2009 el Nivel 1 se llama Genérico</p>	<p>En copagos usted paga: \$5 por receta.</p> <p>En el 2010 el Nivel 1 se llama Preferidos Genéricos</p>
<p><b>Medicamentos en Nivel de Costo Compartido 2</b></p> <p>No Preferidos Genéricos</p> <p>Para suministro de (30 días) de medicamento en Nivel de Costo Compartido 2 que se llena en una farmacia de la red</p>	<p>En copagos usted paga: \$20 por receta.</p> <p>En el 2009 el Nivel 2 se llama Preferidos de Marca</p>	<p>En copagos usted paga: \$10 por receta.</p> <p>En el 2010 el Nivel 2 se llama No Preferidos Genéricos</p>
<p><b>Medicamentos en Nivel de Costo Compartido 3</b></p> <p>Preferidos de Marca</p> <p>Para suministro de (30 días) de medicamento en Nivel de Costo Compartido 3 que se llena en una farmacia de la red</p>	<p>En copagos usted paga: \$35 por receta.</p> <p>En el 2009 el Nivel 3 se llama No Preferidos de Marca</p>	<p>En copagos usted paga: \$25 por receta.</p> <p>En el 2010 el Nivel 3 se llama Preferidos de Marca</p>

<b>Medicamentos en Nivel de Costo Compartido 4</b>	En coaseguro usted paga: 25% del total del costo.	En copagos usted paga: \$40 por receta.
No Preferidos de Marca	En el 2009 el Nivel 4 se llama Especializado	En el 2010 el Nivel 4 se llama No Preferidos de Marca
Para suministro de (30 días) de medicamento en Nivel de Costo Compartido 4 que se llena en una farmacia de la red		
<b>Medicamentos en Nivel de Costo Compartido 5</b>	En el 2009 no tiene Nivel de Costo Compartido 5	En coaseguro usted paga 33% del total del costo.
Especializados		En el 2010 el Nivel 5 se llama Especializado
Para suministro de (30 días) de medicamento en Nivel de Costo Compartido 5 que se llena en una farmacia de la red		

### ¿Qué sucede si los cambios para el 2010 afectan los medicamentos que usted está tomando ahora mismo?

¿Qué sucede si un medicamento que está tomando ahora mismo no está en la Lista de Medicamentos para el 2010? ¿Qué sucede si se ha movido a un nivel de costo compartido más alto? Si usted se encuentra en alguna de estas situaciones, esto es lo que puede hacer:

- En algunas situaciones, el plan cubrirá **un abastecimiento temporero, solo una vez**, de un medicamento cuando su abastecimiento actual se acaba. Este abastecimiento temporero será por un máximo de 30 días, o menos si su receta es escrita por menos días.

Mientras tanto, usted o su médico necesitaran decidir que hacer antes de que su abastecimiento temporero se acabe.

- **Quizás puede encontrar un medicamento distinto** que este cubierto por el plan y pueda que funcione igualmente para usted. Usted puede llamar a Servicios al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento con cubierta que funcione para usted.

- Usted y su médico pueden pedirle al plan que haga una excepción por usted y que cobra el medicamento. Para conocer más sobre una excepción, vea la *Evidencia de Cubierta que fue incluida por correo con esta Notificación Anual de Cambios*. Vea el Capítulo 9 (*Que hacer si tiene un problema o una queja*).

### **Sección 5. ¿Desea permanecer en el plan o le gustaría hacer un cambio?**

#### **¿Su médico u otros proveedores estarán en la red del plan el próximo año?**

Hay algunos cambios a la red de proveedores del 2010. Además, es posible que la red de proveedores del plan cambie en cualquier momento durante el año.

- **Favor de verificar con su médico y sus otros proveedores** para asegurarse que ellos continuaran siendo parte de la red de proveedores de *AHM\_Clásico Plus (HMO)* en el 2010.
- Para la información mas actualizada sobre los proveedores de la red, verifique nuestra pagina de Internet ([www.ahmpr.com](http://www.ahmpr.com)) o llame a Servicios al Cliente (vea los números de teléfono en la portada).

### **Sección 6. ¿Desea permanecer en el plan o le gustaría hacer un cambio?**

#### **¿Desea permanecer con *AHM\_Clásico Plus (HMO)*?**

Si desea mantener su afiliación con *AHM\_Clásico Plus (HMO)* para el 2010, es fácil. Usted no necesita notificarlo ni llenar documentos. **Automáticamente permanecerá afiliado.**

#### **¿Le gustaría hacer un cambio?**

Si decide desafiliarse de *AHM\_Clásico Plus (HMO)*, puede cambiarse a cualquier otro plan de Medicare Advantage o al plan de Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare).

Si desea cambiarse, hay muchas opciones. Como recordatorio, American Health Medicare ofrece otros planes de Medicare Advantage en adición al plan en el que está afiliado actualmente. Estos otros planes se pueden diferenciar en cubierta, prima mensual y cantidades de costo compartido.

#### **¿Cuándo se puede cambiar?**

- Durante el **periodo de afiliación anual (conocido como el periodo de afiliación anual coordinado) desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre del 2009**, puede cambiarse a cualquier otro plan de Medicare Advantage o al plan de Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare). Su nueva cubierta comenzara el 1 de enero del 2010.

- Además tiene otro **periodo de afiliación más limitado desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo del 2010**. Durante este periodo (conocido como “periodo abierto de afiliación”), usted puede cambiarse a un plan diferente de Medicare Advantage con cubierta Parte D para medicamentos recetados o cambiarse al Plan de Medicare Original.

*¿Estas son las únicas veces en el año donde se puede escoger un plan diferente?*

Para la mayoría de las personas, si. Ciertos individuos, tales como aquellos que sean elegibles a Medicaid, aquellos que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos, o aquellos que se muden fuera de su área geográfica de servicio, pueden hacer cambios en otros momentos. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de su Evidencia de Cubierta.

*¿Cómo hago un cambio?*

Vea el Capítulo 10 del documento de Evidencia de Cubierta que se encuentra adjunto. El mismo le explica lo que necesita hacer para poder cambiar de AHM\_Clásico Plus (HMO) a otro plan.

*Cosas que debe verificar antes de hacer un cambio*

- **¿Es miembro de un grupo patronal o de retirados?** Si lo es, favor de verificar con el administrador de beneficios de su grupo patronal o de retirados antes de cambiar a otra forma de recibir cuidado médico.

## **Sección 7. ¿Necesita ayuda? ¿Le gustaría recibir más información?**

### **Tenemos información y contestación a sus preguntas**

Para conocer más, lea la información que enviamos adjunto a su Notificación Anual de Cambios. Esto incluye una copia de su evidencia de Cubierta y la Lista de Medicamentos con Cubierta (Formulario)

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarlo. Puede comunicarse con *AHM\_Clásico Plus (HMO)* en nuestro Departamento de Servicios al Cliente. Estamos disponibles para llamadas de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm Las llamadas a este número son gratis: *1-888-620-1919* (Usuarios de TTY deben llamar al *1-866-620-2520*).

### **Usted puede recibir ayuda y/o información del Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado**

El Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno, que hay en cada estado, con consejeros adiestrados. En Puerto Rico, el Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado es la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada es una entidad independiente (no esta asociada con ninguna aseguradora o plan de salud). Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas

relacionadas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de Medicare y contestar sus preguntas en relación a cambio de plan. Usted se puede comunicar con la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada llamando al (787) 721-6121.

### **Usted puede obtener ayuda y/o información de Medicare**

Aquí hay tres formas para conseguir información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Visite la página de Internet de Medicare** (<http://www.medicare.gov>).
- **Lea el manual de *Medicare & Usted 2010***. Este manual es enviado por correo anualmente en el mes de Octubre a todos los beneficiarios de Medicare. Provee un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones y contestaciones a las preguntas más frecuentes con relación a Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en la página de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).