



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

2012 Resumen de Beneficios
AHM_Platino Plus (HMO SNP)
1^{ro} de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

H5774_1001_12_01_S
Aprobado por CMS 09082011

SECCION I – INTRODUCCION 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, por sus siglas en inglés) Medicare Advantage, con un plan para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés). 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 (Mi Salud).

Favor de comunicarse con 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 (Mi Salud) y Medicare (elegibilidad dual) puede afiliarse o desafiliarse 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 (audio-impeidos) 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 los pueblos de Puerto Rico: 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 y Yauco. 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 MIS MÉDICOS?

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 y de Farmacias 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 PUEDO OBTENER 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 y de Farmacias o visitarnos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com. Nuestro número de teléfono de Servicios al Cliente aparece al final de esta introducción.

¿CUBRE MI PLAN 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 alterno 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 U 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 (audio-impeidos) 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. Usuarios de TTY/TDD (audio-impeidos) deben llamar al 1-800-325-0778 o

*Su oficina local para Medicaid (Mi Salud).

¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage aceptan quedarse en el programa por un año completo a la vez. Los beneficios del plan y los costos compartidos pueden cambiar de año calendario a año calendario. Cada año los planes deciden si desean continuar participando en los planes Medicare Advantage. Un plan puede continuar en el área de servicio completa (área geográfica donde el plan acepta afiliados) o puede optar por continuar sólo en ciertas áreas. También, Medicare puede decidir terminar el contrato de un plan. 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 querella. 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 querella 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 querella 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 querella. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta si usted desea que le cubramos un medicamento de la Parte D que usted crea deba ser cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cubierta. Usted puede solicitarnos una excepción si usted cree que necesita un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos o si usted cree que debe recibir un medicamento no-preferido a un costo menor. 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 DE MEDICAMENTOS (MTM, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)?

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. Comuníquese con 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.
- 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.
- 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 una compañía de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).

¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACION SOBRE LA CALIFICACIÓN DEL PLAN?

El programa de Medicare califica cuán 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 (audio-impeidos) 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 (audio-impeidos) 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 (audio-impeidos) 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 (audio-impeidos) al (866) 620-2520.

Para más información sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY (audio-impeidos) 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.

Para más información sobre Mi Salud, llame al Departamento de Servicios al Cliente del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico al 1-800-981-2737

Este documento puede estar disponible en otros formatos como Braille, letra agrandada u otros formatos alternos.

Este documento está disponible en otros idiomas que no son ingles. Para información adicional puede comunicarse con Servicio al Cliente a los números de teléfono que aparecen arriba.

This document may be available in a non-English language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	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 * Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, puede no tener responsabilidad de pagar ninguno de los costos compartidos por los servicios de Medicare Original.
	En el 2011 la prima mensual de la Parte B era \$0 o \$96.40 y puede cambiar para el 2012 y el deducible anual de la Parte B era \$0 o \$162 y puede cambiar para el 2012.	** Favor consultar con su plan sobre los costos compartidos cuando reciba servicios de proveedores fuera de la red.
	Si un médico o un suplidor no aceptan su caso, sus costos serán más altos, lo cual significa que usted pagará más.	\$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.*
		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 por servicios cubiertos por Medicare. *
2 – Opción de Médico y Hospital (Para más información, vea Cuidado de 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)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
HOSPITALIZACION		
3 - Hospitalización (Incluye servicio por Abuso de Sustancias y Rehabilitación)	Las cantidades para el 2011 para cada periodo de beneficio eran \$0 o: Días 1 - 60: deducible de \$1132 * Días 61 - 90: \$283 cada día * Días 91 - 150: \$566 por cada día de la reserva de por vida.* Estas cantidades cambiarán para el 2012.	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 o \$3 copago por hospitalizaciones cubiertas por Medicare *
	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. Usted	Cubierta comienza en el primer día que termina la cubierta de Medicare, sin limitaciones. Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$3.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.	
4 – Hospitalización en una Facilidad de Salud Mental	Las cantidades para el 2011 para cada periodo de beneficio eran \$0 o: Días 1 - 60: deducible de \$1132 * Días 61 - 90: \$283 cada día * Días 91 - 150: \$566 por cada día de la reserva de por vida.* Estas cantidades cambiarán para el 2012.	En la Red Tiene hasta 190 días en un hospital siquiátrico en su vida. Servicios de hospital siquiátrico cuenta para el límite de 190 días de por vida sólo si cumple con ciertas condiciones. Este límite no aplica a servicios de hospitalización siquiátricos recibidos en un hospital general.
	Tiene hasta 190 días en un hospital siquiátrico en su vida. Servicios de hospital siquiátrico cuenta para el límite de 190 días de por vida sólo si cumple con ciertas condiciones. Este límite no aplica a servicios de hospitalización siquiátricos recibidos en un hospital general.	\$0 o \$3 copago por cada hospitalización cubierta por Medicare *
		Excepto en emergencias, su médico deberá comunicarle al plan que usted va a ser admitido al hospital. Cubierta comienza en el primer día que termina la cubierta de Medicare, sin limitaciones. Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$3.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

**Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.**

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
5 – Hospitalización de Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés) (En una institución de cuidado de enfermería diestra certificada por Medicare)	En el 2011 las cantidades para cada periodo de beneficio de una estadía de por lo menos 3 días en el hospital eran: Días 1 - 20: \$0 por día * Días 21 - 100: \$0 o \$141.50 por día * Estas cantidades cambiarán para el 2012.	General Reglas de autorización pueden aplicar
	100 días por cada periodo de beneficio.	En la Red El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficio.
	Un “periodo de beneficio” empieza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de Enfermería Diestra. Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin ingresar en un hospital o centro de enfermería diestra. Si usted ingresa en un hospital después de terminar un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio empieza. Usted debe pagar el deducible de hospitalización por cada periodo de beneficio. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.	Se requiere 3 días de hospitalización previa. \$0 copago por servicios de SNF
6 – Cuidado de Salud en el Hogar (Incluye cuidado intermitente de enfermería)	\$0 copago	General Reglas de autorización pueden aplicar.

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
diestra que sea médicamente necesario, servicios de asistencia de salud en el hogar, y servicios de rehabilitación, etc.)		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. Su plan pagara por una visita de consulta antes que usted seleccione un hospicio.
	Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	
CUIDADO AMBULATORIO		
8 – Visitas a Oficinas Médicas	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		In-Network \$0 o \$1 copago por cada visita cubierta por Medicare a medico de cuidado primario.
		\$0 o \$1 copago por el costo de cada visita de cuidado de urgencias en área de la red cubierta por Medicare.
		\$0 o \$1 copago por cada visita cubierta por Medicare al especialista.*
		\$0 o \$1 copago Otros Servicios Profesionales de Cuidado de Salud
		Medico de Cuidado Primario

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		(PCP)/Especialista/Sub-Especialista Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00
9 – Servicios de Quiropráctico	No cubre cuidado de rutina suplementario.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	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.	En la Red \$0 o \$1 copago por visitas cubiertas por Medicare.
		\$0 o \$1 copago por hasta 5 visitas de rutina suplementarias cada año.
		Las visitas cubiertas por Medicare son 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.
10 – Servicios de Podiatría	No cubre cuidado de rutina suplementario.	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 visitas de rutina suplementarias al año.
		Beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado de los pies que sea médicamente necesario.

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS			
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)	
11 – Cuidado Ambulatorio de Salud Mental	0% o 40% de coaseguro para la mayoría de los servicios de cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios.	General Reglas de autorización pueden aplicar.	
	0% o 40% coaseguro de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que usted reciba de un profesional calificado como parte de un Programa de Hospitalización Parcial.	En la Red \$0 o \$1 copago por visita de terapia individual cubierta por Medicare *	
	El “Programa de Hospitalización Parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo siquiátrico ambulatorio que es mas acelerado que el cuidado recibido en la oficina de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.		\$0 o \$1 copago por visitas de terapia de grupo cubierta por Medicare *
			\$0 o \$1 copago por visita a un siquiatra para terapia individual cubierta por Medicare *
			\$0 o \$1 copago por visita a un siquiatra para terapia de grupo cubierta por Medicare *
			\$0 copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos 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.	
		In-Network \$0 o \$1 copago por visitas de terapia individual	

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		cubiertas por Medicare *
		\$0 o \$1 copago por visitas de terapia de grupo cubierta 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
13 – Servicios Ambulatorios/Cirugía	0% o 20% coaseguros por los servicios médicos.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	Copagos específicos para servicios ambulatorios en facilidades hospitalarias. Los copagos no pueden exceder el deducible de hospitalización de la Parte A.	En la Red \$0 o \$1 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. *
	0% o 20% de coaseguro por cargos para facilidades ambulatorias.	\$0 copago por cada visita a una facilidad de hospital ambulatorio cubierta por Medicare.*
		Esterilización voluntaria para hombres y mujeres de edad apropiada, orientados previamente sobre implicaciones del procedimiento médico. El médico debe evidenciar un consentimiento escrito del paciente. Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
14- Servicios de Ambulancia (Servicio de ambulancia médicamente necesarios)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		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% coaseguro para el médico.	General \$0 copago por visitas a sala de emergencia cubiertas por Medicare.*
	Copagos específicos para servicios ambulatorios en las facilidades de emergencia en un hospital.	
	El copago por servicios de emergencia no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A por cada servicio provisto por el hospital.	Cubierta Mundial
	No tiene que pagar el copay por sala de emergencia si usted es hospitalizado por la misma condición dentro de los siguientes 3 días de su visita a sala de emergencia.	
	NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.	
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 para el médico	General \$0 copago en Puerto Rico
	NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.	\$5 copago cubierta mundial, por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare.*

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
17 – Servicios Ambulatorios de Rehabilitación (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y del Lenguaje)	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/lenguaje y servicios patológicos. De ser así, puede haber excepciones a estos límites. \$0 o \$1 copago por Visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.* \$0 o \$1 copago por visitas a Terapia física y del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.* Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00
SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS Y SUMINISTROS		
18 – Equipo Medico Duradero (Incluye silla de ruedas, oxigeno, etc.)	0% o 20% de coaseguro	General Reglas de autorización pueden aplicar. En la Red 0 % o 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 % o 10% del costo por equipo cubierto por

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		Medicare.*
20 – Programa de Diabetes 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 por adiestramiento de auto-monitoreo de diabetes	General Reglas de autorización pueden aplicar. En la Red 1) \$0 copago por adiestramiento de auto-monitoreo de Diabetes.*
	0% o 20% coaseguro por suministros para diabetes	\$0 copagos por: - Suministros de auto-monitoreo para diabéticos * - Zapatos terapéuticos o plantillas para zapatos *
	0% o 20% coaseguro por zapatos terapéuticos para diabéticos y plantillas para zapatos,	
21 - Pruebas Diagnósticas, Rayos X, Laboratorios y Servicios de Radiología	0% o 20% coaseguro por pruebas diagnosticas y rayos-x.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	\$0 copago por servicios de laboratorios cubiertos por Medicare.	En la Red \$0 o \$1 copago por servicios de laboratorios 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	\$0 o \$1 copago por exámenes y procedimientos diagnósticos. *

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	o condición. Medicare no cubre los exámenes de cernimiento de rutina suplementarios como cotejar su colesterol.	
	0% o 20% de coaseguro por exámenes réctales digitales y otros servicios relacionados. Cubre una vez al año para hombres con Medicare mayor de 50 años.	\$0 o \$1 copago por rayos-x cubiertos por Medicare *
		\$0 o \$1 copago por servicios de radiología diagnóstica (no incluye rayos-X)
		\$0 o \$1 copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.
		Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00.
SERVICIOS PREVENTIVOS		
22 – Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar	0% o 20% coaseguro por servicios de Rehabilitación Cardíaca.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	0% o 20% coaseguro por servicios de Rehabilitación Pulmonar.	
	0% o 20% coaseguro por servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva.	
	Esto aplica un programa de servicios provistos en la oficina del médico.	En la Red \$0 o \$1 copago por Rehabilitación Cardíaca

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	Los costos compartidos específicos para un programa de servicios lo es provisto por los departamentos ambulatorios de un hospital.	<p>cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 o \$1 copago por servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva cubiertos por Medicare. *</p> <p>\$0 o \$1 copago por servicios de Rehabilitación Pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Código de Cubierta 010: \$0.00 Código de Cubierta 011: \$1.00</p>
23 – Servicios Preventivos y Programas Educativos y de Bienestar	No hay coaseguro, copago o deducible para lo siguiente:	<p>General</p> <p>\$0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos bajo Medicare Original con cero costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cernimiento para Aneurisma Aórtico Abdominal - Densitometría Ósea - Cernimiento Cardiovascular - Cernimiento para Cáncer Cervical o Vaginal (Papanicolaou y Examen Pélvico) - Cernimiento para Cáncer Colorectal - Cernimiento para diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B - Cernimiento para HIV - Cernimiento para Cáncer del Seno (Mamografía) - Servicios de Terapia de Nutrición Médica

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Servicios de Prevención Personalizado (Visita anual de bienestar) - Vacuna de Neumococos - Cernimiento para Cáncer de la Próstata (sólo el examen para el Antígeno Prostático Especifico (PSA, por sus siglas en ingles)). - Cesación de Fumar (Consejería para dejar de fumar) - Examen Físico de Bienvenida a Medicare (Examen Físico Inicial Preventivo)
	<ul style="list-style-type: none"> - Cernimiento para Aneurisma Aórtico Abdominal - Densitometría Ósea. Cubierta cada 24 meses (mas frecuente si es medicamento necesario) su usted cumple con ciertas condiciones medicas. - Cernimiento Cardiovascular - Cernimiento de Cáncer Cervical y Vaginal. Cubierto una vez cada 2 años para mujeres con alto riesgo que tiene Medicare. - Cernimiento para Cáncer Colorectal - Cernimiento para diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B para personas con Medicare que tiene 	<p>Cernimiento de HIV está cubierta para personas con Medicare que están embarazadas y personas con un riesgo alto de contraer la infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para más detalles.</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	<p>alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cernimiento para HIV. \$0 copago por el Cernimiento para HIV, pero por lo general pagara 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica. Cernimiento para HIV está aprobado para personas con Medicare embarazadas o en alto riesgo de contraer la infección, incluyendo cualquiera que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante el embarazo.- Cernimiento para Cáncer del Seno (Mamografía). Medicare cubre mamografías de cernimiento una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de 40 años o mas. Medicare cubre una mamografía base para mujeres entre 35 y 39 años.- Terapia de Nutrición Médica. Servicios de Terapia de Nutrición es para personas que tiene diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis o hayan	

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	<p>recibido un trasplante de riñón) cuando sean referido por un médico. Estos servicios los puede dar una dietista licenciada y puede incluir una evaluación nutricional y consejería para ayudar en el manejo de la diabetes o enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Servicios de Prevención Personalizado (Visita anual de bienestar) - Vacuna contra Neumococos. Puede que necesite esta vacuna una vez durante su vida. Comuníquese con su médico para obtener más información. - Cernimiento para Cáncer de la Próstata. Solamente el examen del Antígeno Prostático Especifico (PSA, por sus siglas en inglés). Se cubre a todos los hombre con Medicare mayores de 50 años. - Cesación de Fumar (consejería para dejar de fumar). Esta cubierto si su médico lo ordena. Incluye dos intentos de consejería durante un periodo de 12 meses. 	

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

**Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.**

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	<p>Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen Físico de Bienvenida a Medicare (examen físico inicial preventivo). Cuando se afilia a Medicare Parte B es elegible a recibir un Examen Físico de Bienvenida a Medicare o una Visita Anual de Bienestar durante los primeros 12 mese de su afiliación. Después de los primeros 12 meses es elegible a una Visita Anual de Bienestar cuando tiene 50 años o mas. 	
		<p>Reglas de autorización pueden aplicar</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). 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)

**Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.**

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		Evaluación física anual comprensiva. Certificados de Salud - 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. Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		En la Red El plan cubre los siguientes programas educativos o de bienestar: <ul style="list-style-type: none"> - Cesación de Fumar Adicional - Membresía a un Gimnasio/Clases en el Gimnasio
24 – Enfermedad y Condiciones del Riñón	0% o 20% coaseguro por diálisis renal	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		En la Red \$0 copago por diálisis renal *
	0% o 20% coaseguro por servicios educativos de la enfermedad del riñón	\$0 copago por servicios educativos de la enfermedad del riñón. *
25 – Medicamentos Recetados Ambulatorios	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 una cubierta de medicamentos, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrezca una cubierta de	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.*
		\$0 copago por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*
		Medicamentos Recetados cubiertos bajo la

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	medicamentos.	<p>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 proveedores 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> <p>El total de costos anuales de medicamentos recetados son el total del costo de los medicamentos recetados pagados por usted, el plan y Medicare.</p>

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		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 pagará el costo actual, no la cantidad mayor del costo compartido.

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		<p>En el 2012, usted pagara las cantidades siguientes por sus medicamentos recetados:</p> <p>Código de Cubierta 010: Genéricos - \$0.00 Marca - \$0.00</p> <p>Código de Cubierta 011: Genéricos - \$0.50 Marca - \$0.50</p>
		<p>Farmacia al Detal Puede obtener sus medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro para un mes (30 días) - suministro para tres meses (90 días)
		<p>Farmacia de Cuidado a Largo Plazo Puede obtener sus medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro para un mes (31días)
		<p>Medicamentos por Correo Puede obtener sus medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro para un mes (30 días) - suministro para tres meses (90 días)

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		<p>Fuera de la Red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales tales como una enfermedad mientras está viajando fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia perteneciente a la red. Puede que pague más que su costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento y someter la documentación para recibir un reembolso de AHM_Platino Plus (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener sus medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de 10 días - 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

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los costos compartidos de la Parte D (primas, deducibles, coaseguros incluidos en los gastos de la cubierta del Gap). - 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: <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiacepina - Vitaminas Recetadas - Los siguientes medicamentos son barbitúricos y están incluidos en diferentes categorías del PDL: <ul style="list-style-type: none"> - Fenobarbital - Anticonvulsivo - Primidone - Anticonvulsivo - 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

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		paciente.
26 – Servicios Dentales	Servicios preventivos dentales (como limpiezas) no están cubiertos.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		In- Network \$0 o \$1 copago por los beneficios dentales cubiertos por Medicare. *
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 exámenes orales cada año.
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 limpiezas orales cada año.
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 tratamientos de fluoruro cada año.
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 rayos x dentales cada año.
		El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales.
		Límite de \$750 para beneficios dentales comprensivos cada año.
		Preventivo (niños y adultos) Restauraciones Los servicios dentales cubiertos serán identificados utilizando los Códigos publicados

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

**Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.**

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		por la Asociación Americana Dental (ADA) para los procedimientos establecidos por ASES. <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Restauraciones de Resina - “Root Canal”

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento Paliativo - Cirugía Oral <p>Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00</p>
27 – Servicios de Audición	Exámenes suplementarios 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 o \$1 copago por examen diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.*
		\$0 o \$1 copago por hasta 1 examen suplementario de rutina de la audición cada año.
		\$0 copago por hasta 1 examen de ajuste de audífonos cada año.
		Límite de \$300 de cubierta del plan para audífonos cada tres años.
		Medicare cubre si las ordenes medicas del beneficiario de Medicare incluyen verificar si el este necesita tratamiento médico.
		Examen de audición rutinario Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
28 – Servicios de Visión	0% o 20% de coaseguro para diagnóstico y tratamiento de	General Reglas de autorización pueden aplicar.

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

**Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.**

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
	enfermedades y condiciones de los ojos.	\$0 copago por
	Exámenes suplementarios de rutina y espejuelos no están cubiertos	- un par de espejuelos o lentes de contacto luego de operación de cataratas.*
	Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.	- Hasta 1 par de espejuelos cada año
	Cubre un examen de cernimiento anual de glaucoma, para personas en riesgo.	- Hasta 1 par de lentes de contacto cada año
		- Hasta 1 par de lentes cada año
		- Hasta 1 montura cada año
		\$0 o \$1 copago para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo *
		\$0 o \$1 copago por hasta 1 examen suplementario de rutina de la vista 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	

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Medicare Original	AHM_Platino Plus (HMO SNP)
Artículos Fuera del Recetario	No está cubierto.	General Favor de visitar nuestro portal de internet para ser la lista de artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) que cubrimos. Los artículos OTC sólo pueden ser comprados por el afiliado. Favor de comunicarse con el plan para instrucciones específicas de cómo utilizar este beneficio.
Transportación (Rutina)	No está cubierto.	General Reglas de autorización puede 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. El beneficio está limitado para la evaluación anual.
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)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCION III- BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficio	Medicare Original	AHM Platino Plus (HMO SNP)
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 para Adultos	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 cada cinco años. Este beneficio requiere certificación del Médico Primario y aprobación por parte del plan.
Silla de Baño	No está cubierto.	1 por afiliado cada cinco años. Según sea médicamente necesario.

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCION IV- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo Mi Salud para servicios médicos		
Beneficio	Medicaid	AHM Platino Plus (HMO SNP)
Servicios Preventivos	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.00	\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare
Servicios Dentales	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	En la Red \$0 o \$1 copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare. *
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 exámenes orales cada año.
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 limpiezas cada año.
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 tratamientos de fluoruro cada año.
		\$0 o \$1 copago por hasta 2 rayos-x 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.
		Código de cubierta 010: \$0.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

**Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con
American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM.
Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.**

SECCION IV- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo Mi Salud para servicios médicos		
Beneficio	Medicaid	AHM Platino Plus (HMO SNP)
		Código de cubierta 011: \$1.00
Servicios de Pruebas Diagnosticas Laboratorios de Alta Tecnología Laboratorios Clínicos Rayos X	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50	Servicios de Laboratorio Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50
		Procedimientos y Pruebas Diagnosticas Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50
		Rayos-X Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50
		Servicios de Radiología Diagnostica (no incluye rayos-x) Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50
		Servicios de Radiología Terapéutica Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50
		Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II
Exámenes Especiales de Diagnósticos	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCION IV- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo Mi Salud para servicios médicos		
Beneficio	Medicaid	AHM Platino Plus (HMO SNP)
Servicios de Rehabilitación Ambulatoria	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.
		Visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
		Visitas de Terapia Física y/o del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
		Servicios de Rehabilitación Cardíaca cubiertos por Medicare Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
		Servicios de Rehabilitación Pulmonar Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
Servicios Médicos y Quirúrgicos	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	En la Red Por cada visita cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria:

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCION IV- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo Mi Salud para servicios médicos		
Beneficio	Medicaid	AHM Platino Plus (HMO SNP)
		Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
		Por cada visita cubierta por Medicare a una facilidad hospitalaria ambulatoria: Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
Servicios Pre-Natales	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II \$0 copago para beneficios cubiertos por el GHIP
Servicio de Ambulancia		En la Red \$0 copago por el beneficio de ambulancia cubierta por Medicare. *
Servicios de Maternidad	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
Servicios de Sala de Emergencia	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00	General Visitas a sala de emergencia cubiertas por Medicare Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
Servicios de Hospitalización	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$3.00	En la Red Código de cubierta 010: \$0.00

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCION IV- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo Mi Salud para servicios médicos		
Beneficio	Medicaid	AHM Platino Plus (HMO SNP)
		Código de cubierta 011: \$3.00
		El plan cubre 90 días por cada periodo de beneficio.
		Excepto en una emergencia, su médico debe 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	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$1.00
Hospitalización de Salud Mental	Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$3.00	En la Red Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$3.00
		Tiene hasta 190 días en un Hospital Siquiátrico durante 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: \$0.50	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II Código de cubierta 010: \$0.00 Código de cubierta 011: \$0.50

AHM_Platino Plus (HMO SNP)

Para preguntas sobre los beneficios y costos de este plan, favor de comunicarse con American Health Medicare libre de costo al 1-888-620-1919, de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

SECCION IV- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Los servicios mencionados abajo están disponibles solamente para aquellos miembros elegibles a un Plan de Necesidades Especiales bajo Mi Salud para servicios médicos		
Beneficio	Medicaid	AHM Platino Plus (HMO SNP)
Exclusiones de Cubierta Básicas	Para propósito de información	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II \$0 copago para beneficios cubiertos por el GHIP
Cubierta Especial		Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II
Exclusiones de la Cubierta Especial *	Para propósito de información	Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II \$0 copago para beneficios cubiertos por el GHIP
Cubierta de Medicare		Para servicios cubiertos por el plan refiérase a la Sección II \$0 copago para beneficios cubiertos por el GHIP