



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

Resumen de Beneficios para el 2012
AHM_Opal (HMO POS)
1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

H5774_1001_12_05_S
Aprobado por CMS 09292011

SECCION I – INTRODUCCION AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en AHM_Opal (HMO POS). Nuestro plan es ofrecido por AMERICAN HEALTH, INC. /American Health Medicare, una Organización de Cuidado Coordinado, Medicare Advantage (HMO, por sus siglas en inglés) con una opción de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés). Este Resumen de Beneficios le dice algunas de las características de nuestro plan. No enumera todos los servicios que cubrimos, todas las limitaciones, ni todas las exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor llame a AHM_Opal (HMO POS) y pida la "Evidencia de Cubierta".

USTED TIENE OPCIONES PARA SU CUIDADO DE SALUD

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Medicare Original de pago-por-servicio. Otra opción es un plan de salud Medicare Advantage, como AHM_Opal (HMO POS). Usted también puede tener otras opciones. Es su decisión. No importa lo que decida, todavía estará en el Programa Medicare.

Usted puede afiliarse al plan o dejarlo solo en ciertos momentos. Favor de llamar a AHM_Opal (HMO POS) al teléfono que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Usted puede comparar AHM_Opal (HMO POS) con el Plan Medicare Original usando este Resumen de Beneficios. Las tablas en este panfleto enumeran algunos beneficios importantes. Para cada beneficio, puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el Plan Medicare Original.

Nuestros afiliados reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Medicare Original. También ofrecemos más beneficios, que pueden cambiar de un año a otro.

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE AHM ESTANDAR (HMO)?

El área de servicio para este plan incluye: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, 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, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega

Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, Yauco, Pueblos en PR. Usted debe residir en uno de estos pueblos para afiliarse al plan.

¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE A AHM ESTANDAR (HMO)?

Usted puede afiliarse a AHM_Opal (HMO POS) si usted tiene derecho a la Parte A de Medicare, se ha afiliado a la Parte B, y vive dentro del área de servicio. Sin embargo, individuos con Fallo Renal en etapa terminal no son elegibles para afiliarse a AHM_Opal (HMO POS) a menos que estén afiliados a nuestra organización desde que comenzó su diálisis.

¿PUEDO ESCOGER A MIS DOCTORES?

AHM_Opal (HMO POS) ha organizado una red de médicos, especialistas y hospitales. Puede seleccionar cualquier médico que sea parte de nuestra red. En algunos casos puede también visitar médicos fuera de la red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores y Farmacias vigente. Para una lista actualizada puede visitarnos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com. El número de teléfono de Servicio al Cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VOY A UN DOCTOR QUE NO ESTÁ EN ESTA RED?

Por lo general, se le limita a que vea médicos que sean parte de nuestra red. Sin embargo, le cubriremos su cuidado de cualquier proveedor en una emergencia o urgencia. También nuestro beneficio de punto de servicio le permite obtener, bajo ciertas condiciones, cuidado de proveedores que no están en nuestra red. Para más información, comuníquese con Servicios al Cliente al número que aparece al final de esta introducción.

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

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

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

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

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

AHM_Opal (HMO POS) utiliza un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para cumplir con las necesidades del paciente. Podemos periódicamente añadir, remover y hacer cambios en las limitaciones de ciertos medicamentos o cambiar cuanto usted paga por un medicamento. Si hacemos un cambio en el formulario los cuales limiten la habilidad del paciente de adquirir su receta, los afiliados afectados serán notificados por escrito antes de efectuarse el cambio. Le enviaremos un formulario a usted o puede ver el formulario completo en nuestra página de Internet www.caremark.com.

Si usted actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a requerimientos y limitaciones adicionales, puede ser que reciba un suplido temporero de su medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o para cambiar a un medicamento alterno de nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para ver como usted puede conseguir un suplido temporero de su medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿COMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MEDICAMENTOS DEL PLAN?

Usted podrá obtener ayuda adicional para pagar por sus costos y primas de medicamentos. Para ver calificación para obtener ayuda adicional, llamar a:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD usuarios pueden llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana y ver “Programas para Personas de Ingresos Limitados” en el panfleto Medicare y Usted o en la Internet www.medicare.gov.

*Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., lunes a viernes. TTY/TDD usuarios deben llamar al 1-800-325-0778 o

*Su oficina de Medicaid del estado.

¿CUALES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

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

Como afiliado de AHM_Opal (HMO POS), tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta, la cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de someter una apelación si le denegamos la cubierta de un medicamento recetado y el derecho de someter su querrela. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cubierta si usted desea que le cubramos un medicamento de la Parte D que usted crea deba ser cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cubierta. Usted puede solicitarnos una excepción si usted cree que necesita un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos o si usted cree que debe recibir un medicamento no-preferido a un costo menor. También puede pedir una excepción a la regla de utilización de costos, tales como el límite en la cantidad del medicamento. Si usted cree que necesita una excepción, debe contactarnos antes de que trate de solicitar los medicamentos a la farmacia. Su médico debe proveer una declaración para justificar el pedido de la excepción. Si denegamos la cubierta de sus medicamento(s) recetado(s), usted tiene el derecho de apelar y solicitar que revisemos nuestra decisión. Por último, usted tiene el derecho de someter una querrela si tiene algún tipo de problema con nosotros o algunas de nuestras farmacias de la red que no envuelva cubierta por un medicamento recetado. Si su problema envuelve calidad de cuidado, tiene derecho a someter una querrela a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) para su área. Puede referirse a su Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de QIO.

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

Un Programa de Manejo de Terapia de Medicación (MTM) es un beneficio libre de costo que su plan puede ofrecerle. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado de acuerdo a sus necesidades específicas de salud y de farmacia. Usted puede decidir no participar, pero se le recomienda que aproveche por completo de este beneficio cubierto si usted es seleccionado. Llame a AHM_Opal (HMO POS) para más detalles.

¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTO PUEDE SER CUBIERTO BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

Algunos medicamentos recetados ambulatorios pueden ser cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, pero no se limitan, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con AHM_Opal (HMO POS) para más detalles.

- Algunos Antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por el personal instruido apropiadamente (el cual puede ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la Osteoporosis: Medicamentos inyectables para la Osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropeina (Epoetin alfa o Epogen ®): Por inyección si usted tiene una condición renal en etapa final (fallo renal permanente el cual requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de Coagulación de Hemofilia: Factores de coagulación administrados por uno mismo si tiene hemofilia.
- Medicamentos Inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables, administrados incidentalmente a un servicio médico.
- Medicamentos Inmunosupresores: Terapia de medicamentos Inmunosupresores para pacientes trasplantados, si el trasplante fue pagado por Medicare o por un seguro privado que pagó como pagador primario a su cubierta de la Parte A de Medicare, en una facilidad certificada de Medicare.
- Algunos Medicamentos Orales para Cáncer: Si el medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos Orales para Tratar las Nauseas: Si usted es parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión que se proveen a través de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés).

DONDE PUEDE ENCONTRAR INFORMACION SOBRE LA CALIFICACIÓN DEL PLAN

El programa de Medicare 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_Opal (HMO POS)

Visítenos en www.ahmpr.com o llámenos:

Horario de Servicio al Cliente:

Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo, 8:00 am a 8:00 pm
Atlántico (PR, VI)

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

Posibles afiliados deben llamar libre de cargos al (866)-620-2420 para preguntas
relacionadas al Programa de Medicare Advantage y/o al Programa de medicamentos
recetados de la Parte D de Medicare
TTY/TDD (866)-620-2520

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

Posibles afiliados debe llamar localmente al (866)-620-2420 para preguntas relacionadas
al Programa de Medicare Advantage Y/O al Programa de medicamentos recetados de la
Parte D de Medicare
TTY/TDD (866)-620-2520

Para más información sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Usuarios TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Pueden llamar 24 horas al día, 7 días a
la semana.

O visite www.medicare.gov en Internet.

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_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1. Prima y Otra Información Importante	En el 2011 la prima mensual de la Parte B era \$96.40 y puede cambiar para el 2012 y el deducible anual de la Parte B era \$162 y puede cambiar para el 2012.	General \$0 prima mensual en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.
	Si un médico o un suplidor no aceptan su caso, sus costos serán más altos, lo cual significa que usted puede pagar una cantidad mayor.	La mayoría de las personas pagarán la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a ingreso anual. (en exceso de \$85,000 para los solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, puede comunicarse Medicare al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con el Seguro Social por el 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima estándar mensual de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a ingreso anual. (en exceso de \$85,000 para los solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, puede comunicarse Medicare al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con el Seguro Social por el 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>Dentro de la Red \$2,500 de límite de gasto de su bolsillo por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>2 – Selección de Médicos y Hospitales (Para más información, ver Emergencia - #15 y Cuidado Urgente Necesario - #16.)</p>	<p>Puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere referido para los médicos, especialistas u hospitales de la red.</p>
CUIDADO PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO		
<p>3 –Hospitalización (incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)</p>	<p>Las cantidades para el 2011 para cada periodo de beneficio eran \$0 o: Días 1 - 60: deducible de \$1,132 Días 61 - 90: \$283 cada día</p>	<p>Dentro de la Red No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada periodo de beneficios.</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	<p>Días 91 - 150: \$566 por cada día de la reserva de por vida.</p> <p>Estas cantidades cambiarán para el 2012.</p> <p>Para información sobre los días de reserva de por vida, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	\$0 copago
	<p>Los días de reserva de por vida pueden utilizarse sólo una vez.</p> <p>Un “periodo de beneficio empieza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de Enfermería Diestra.” Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin ingresar en un hospital o centro de enfermería diestra. Si usted ingresa en un hospital después de terminar un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible por cada periodo de beneficio. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.</p>	<p>Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle a su plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>
4 –Hospitalización para Salud Mental	<p>Las cantidades para el 2011 para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <p>Días 1 - 60: deducible de \$1,132</p> <p>Días 61 - 90: \$283 cada día</p> <p>Días 91 - 150: \$566 por cada día de la reserva de por vida.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	Estas cantidades cambiarán para el 2012.	
	Tiene hasta 190 días en un hospital psiquiátrico en su vida. Servicios de hospital psiquiátrico cuenta para el límite de 190 días de por vida sólo si cumple con ciertas condiciones. Este límite no aplica a servicios de hospitalización psiquiátricos recibidos en un hospital general.	Tiene hasta 190 días en un hospital psiquiátrico en su vida. Servicios de hospital psiquiátrico cuenta para el límite de 190 días de por vida sólo si cumple con ciertas condiciones. Este límite no aplica a servicios de hospitalización psiquiátricos recibidos en un hospital general.
		Excepto en emergencias, su proveedor tiene que comunicarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.
5 – Institución de Cuidado Diestro de Enfermería (SNF, por sus siglas en inglés) (en una institución de cuidado diestro certificada por Medicare)	En el 2011 las cantidades para cada período 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	General Pueden aplicar reglas de autorización.
	Estas cantidades cambiaran para el 2012.	Dentro de la Red El plan cubre hasta 100 días para cada periodo de beneficio.
	Hay un límite de 100 días para cada período de beneficio.	Se requiere 3 días de hospitalización previa.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	Un “periodo de beneficio” empieza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de Enfermería Diestra. Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin ingresar en un hospital o centro de enfermería diestra. Si usted ingresa en un hospital después de terminar un periodo de beneficio, un nuevo periodo de beneficio empieza. No hay límites al número de periodos de beneficio que puede tener.	\$0 copago para Servicios de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)
6 – Cuidado de Salud en el Hogar (servicios médicamente necesarios que incluyen cuidado diestro de enfermería intermitente, servicios de salud en el hogar, y servicios de rehabilitación, etc.)	\$0 copago	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 copago por visitas al hogar cubiertas por Medicare.
7- Hospicio	Usted paga parte del costo de las medicinas como paciente ambulatorio y del cuidado de relevo como paciente hospitalizado.	General Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará por una visita de consulta antes que usted seleccione un hospicio.
	Tiene que recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	

AHM_Opal (HMO POS)

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

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

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
10 – Servicios de Podiatría	No se cubre cuidado de rutina suplementario.	General Pueden aplicar reglas de autorización.
	20% coaseguro por tratamiento del pie que sea médicamente necesario, incluye cuidado para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	Dentro de la Red \$0 copago por cada visita cubierta por Medicare.
		hasta 4 visitas de rutina cada año.
		Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare para el cuidado de los pies deben ser médicamente necesarios.
11 – Cuidado de Salud Mental para el Paciente Ambulatorio	40% coaseguro para la mayoría de servicios de cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios.	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$10 copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.
	Un copago específico para los servicios del programa de hospitalización parcial que reciba en un hospital o centro comunitario de salud mental (CMHC, por sus siglas en inglés). El copago no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A.	\$10 copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.
		\$10 copago por cada visita de terapia individual con un siquiatra cubierta por Medicare.
El “Programa de Hospitalización Parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo	\$10 copago por cada visita de terapia grupal con un siquiatra cubierta por	

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	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	Medicare. \$0 copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
12 – Abuso de Sustancias - Paciente Ambulatorio	20% coaseguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$10 copago por visitas individuales cubiertas por Medicare.
		\$10 copago por visitas de grupo cubiertas por Medicare.
13 – Cirugía Ambulatoria	20% coaseguro para los servicios del médico	General Pueden aplicar reglas de autorización.
	Existe un copago específico por los cargos de facilidades de cirugía ambulatoria. El copago no puede exceder la cantidad del deducible de hospitalización de la Parte A.	Dentro de la Red \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.
	20% de coaseguro por el costo de facilidad del centro de cirugía ambulatoria.	\$0 copago por cada visita ambulatorio a una facilidad de un hospital cubierta por Medicare.
14 – Servicios de Ambulancia (los servicios de ambulancia deben	20% coaseguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
ser médicamente necesarios)		Dentro de la Red \$0 copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.
15 – Cuidado de Emergencia (Usted puede ir a cualquier sala de emergencia si razonablemente entiende que necesita cuidado de emergencia.)	20% coaseguro para los servicios del médico	General \$50 copago por visitas a sala de emergencias cubiertas por Medicare.
	Existe un copago específico para servicios ambulatorios de emergencia en una facilidad hospitalaria.	
	El copago de la Sala de Emergencia no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A para cada servicio provisto en el hospital.	
	No tiene que pagar el copago si es admitido al hospital, por la misma condición, dentro de los 3 días siguientes a su visita a la sala de emergencia.	
	NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.	
		Cubierta Mundial
		Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición, usted paga \$0 por visita a sala de emergencias.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
16 – Cuidado de Urgencia (Esto NO es cuidado de emergencia y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)	20% coaseguro o un copago establecido	General \$5 a \$25 copago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare.
	NO está cubierto fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.	Si es admitido al hospital durante el periodo de 1 día por la misma condición, usted paga \$0 por visita a sala de emergencias.
17 –Rehabilitación – Servicios Ambulatorios (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje)	20% coaseguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red Pueden existir límites en terapia física, terapia ocupacionales, y servicios patológicos del habla y lenguaje. De ser así, pueden existir excepciones a estos límites.
		\$0 copago por visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.
		\$0 copago por visitas a Terapia física y del Habla/Lenguaje.
SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS AMBULATORIOS		
18 – Equipo Médico Duradero (incluye silla de ruedas, oxígeno, etc.)	20% coaseguro	General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
19 - Prótesis (Incluye ganchos dentales, extremidades y ojos artificiales, etc.)	20% coaseguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red 10% del costo en artículos cubiertos por Medicare
20 – Adiestramiento en el Manejo de la Diabetes, Terapia de Nutrición y Suministros	20% coaseguro por adiestramiento de auto-manejo de la Diabetes	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 copago por adiestramiento de auto-manejo de la Diabetes.
		\$0 copago por:
	20% coaseguro por suministros para el manejo de la Diabetes	- Suministros para el manejo de la Diabetes
20% coaseguro por zapatos terapéuticos para diabéticos y plantillas para zapatos	- Zapatos terapéuticos para diabéticos y plantillas para zapatos	
21 – Pruebas Diagnósticas, Rayos X, Servicios de Laboratorio y Servicios de Radiología	20% coaseguro por exámenes diagnósticos y Rayos x.	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 copago en servicios cubiertos por Medicare:
	\$0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	- Servicios de laboratorio
		- Procedimientos diagnósticos y

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	<p>médicamente necesarios y que son ordenados por su doctor (que la trata) cuando son provistos por un laboratorio Certificado (CLIA) participante en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio se hacen para que su doctor diagnostique una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre los exámenes de discernimiento de rutina como cotejar su colesterol.</p>	pruebas
		\$0 copago en servicios cubiertos por Medicare Rayos x
		\$0 a \$25 copago por servicios radiológicos diagnósticos (no incluyen Rayos x)
		\$0 a \$25 copago por servicios radiológicos terapéuticos
22 – Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar	20% coaseguro por servicios de Rehabilitación Cardíaca.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
	20% coaseguro por servicios de Rehabilitación Pulmonar.	En la Red \$0 copago por:
	20% coaseguro por servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva.	- Servicios de Rehabilitación Cardíaca cubierta por Medicare.
	Esto aplica un programa de servicios provistos en la oficina del médico. Costos compartidos específicos para un programa de servicios provisto por los departamentos ambulatorios de un hospital.	- Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva cubiertos por Medicare. - Servicios de Rehabilitación Pulmonar cubiertos por Medicare.
SERVICIOS PREVENTIVOS		
23 – Servicios Preventivos y Programas Educativos y de	No hay coaseguro, copago o deducible para lo siguiente:	General \$0 copago por todos los servicios

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
Bienestar	<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 y una vez cada año para mujeres con alto riesgo que tienen Medicare. - Cernimiento para Cáncer Colorectal - Cernimiento para diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B para personas con Medicare que tiene alto riesgo. - 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 	<p>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 - 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

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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. - 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 	<p>dejar de fumar)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen Físico de Bienvenida a Medicare (Examen Físico Inicial Preventivo) <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> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En la Red El plan cubre los siguientes programas educativos o de bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesación de Fumar Adicional

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	<p>ordena. Incluye dos intentos de consejería durante un periodo de 12 meses. 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 meses de su afiliación. Después de los primeros 12 meses es elegible a una Visita Anual de Bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Membresía a un Gimnasio/Clases en el Gimnasio
24 – Enfermedad y Condiciones del Riñón	20% coaseguro por diálisis renal	Dentro de la Red Pueden aplicar reglas de autorización.
	20% coaseguro por servicios educativos de la enfermedad del riñón	En la Red \$0 copago por diálisis renal
		\$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 medicinas recetadas a su cubierta de Medicare Original al unirse al Plan de Medicare de Medicinas Recetadas o usted puede obtener toda su cubierta de Medicare, incluyendo una	<p>Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare</p> <p>General</p> <p>5% del costo por los medicamentos para la quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	cubierta de medicamentos, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos.	<p>B</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D General Este plan usa un formulario. Le enviaremos un formulario o también puede ver el formulario completo en la página de Internet, www.caremark.com.</p> <p>Diferentes costos que salgan de su bolsillo podría aplicar para personas que,</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen entradas de dinero limitadas, - viven en facilidades de larga duración, o - tienen acceso a proveedores Indio/tribal/urbano (servicio médico indio). <p>El plan ofrece cubierta nacional de medicamentos en-la-red (es decir, esto incluiría los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará la misma cantidad de costos compartidos por sus medicamentos recetados si usted los obtiene en una farmacia en-la-red fuera del área de servicio de su plan (por ejemplo cuando usted viaja).</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		El total de costos anuales de medicamentos recetados son el total del costo de los medicamentos recetados pagados por usted y la Parte D de su plan.
		El plan le podrá requerir a usted que trate primero un medicamento recetado que trate su condición antes de que pueda cubrir otro medicamento para esa condición.
		Algunos medicamentos recetados tienen límite de cantidad.
		Su proveedor debe obtener una autorización previa de AHM_Opal (HMO POS) para ciertos medicamentos recetados.
		Usted debe ir a ciertas farmacias por un número limitado de medicamentos recetados, debido a manejo especial, coordinación de proveedor, o requisito de educación para el paciente para estos medicamentos recetados que no pueden llevarse a cabo por muchas farmacias de su red. Estos medicamentos recetados se mencionan en la página de Internet del plan, el formulario, y materiales impresos, así como en el Buscador del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en www.medicare.gov .
		Si el costo actual de un medicamento recetado es menor que la cantidad del costo

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		compartido normal para ese medicamento recetado, usted pagará el costo actual, no la cantidad mayor del costo compartido.
		Si usted solicita una excepción al formulario por un medicamento y AHM_Opal (HMO POS) autoriza la excepción, usted pagará el costo compartido del Nivel 5: Medicamentos Especializado por ese medicamento.
		Dentro de la Red \$0 deducible
		Cubierta Inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual de medicamentos alcanza \$2,930
		Farmacias al detal
		Nivel 1: Genérico Preferido
		- \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>Nivel 2: Genérico no Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 3: Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$35 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - \$105 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 4: No Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$50 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - \$150 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 5: Medicamentos Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% coaseguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel. - 33% coaseguro para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		este nivel.
		Nivel 6: Medicamentos Suplementarios
		\$0 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		Farmacia de Cuidado a Largo Plazo
		Nivel 1: Genérico Preferido
		- \$5 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 2: Genérico no Preferido
		- \$10 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 3: Preferidos de Marca
		- \$35 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 4: No Preferidos de Marca
		- \$50 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 5: Medicamentos Especializados
		- 33% coaseguro para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		nivel.
		Nivel 6: Medicamentos Suplementarios
		- \$0 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
		Orden por Correo
		Nivel 1: Genérico Preferido
		- \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 2: Genérico no Preferido
		- \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 3: Preferidos de Marca
		- \$35 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<ul style="list-style-type: none"> - \$105 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 4: No Preferidos de Marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$50 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		<ul style="list-style-type: none"> - \$150 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 5: Medicamentos Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% coaseguro para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		<ul style="list-style-type: none"> - 33% coaseguro para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 6: Medicamentos Suplementarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		<p>Cubierta Adicional durante la Brecha de Cubierta “Gap” El plan cubre muchos de los medicamentos genéricos del formulario (65% - 99% de los medicamentos genéricos de formulario)</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		durante la Brecha de Cubierta (“gap”).
		Usted paga lo siguiente:
		Farmacia al detal
		Nivel 1: Genérico Preferido
		- \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 2: Genérico no Preferido
		- \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		Farmacia de Cuidado A Largo Plazo
		Nivel 1: Genérico Preferido
		- \$5 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		Nivel 2: Genérico no Preferido
		- \$10 copago para suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.
		Orden por Correo
		Nivel 1: Genérico Preferido
		- \$5 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$15 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		Nivel 2: Genérico no Preferido
		- \$10 copago para suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel.
		- \$30 copago para suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.
		Usted recibirá una cubierta limitada del plan en ciertos medicamentos después de que los costos anuales de medicamentos alcancen \$2,930. También recibirá un descuento en medicamentos de marca no mayor del 86% del costo del plan por

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>medicamentos genéricos hasta que los costos anuales de medicamentos que salen de su bolsillo alcancen de \$4700.</p> <hr/> <p>Cubierta Catastrófica Después que los costos anuales de medicamentos que salen de su bolsillo alcanzan \$4,700, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5% coaseguro, ó - \$2.60 copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.50 copago para el resto de los medicamentos <hr/> <p>Fuera de la Red El plan cubre medicamentos bajo circunstancias especiales; por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya una farmacia participante de nuestra red. Usted puede pagar una cantidad mayor a la cantidad de costo compartido normal si adquiere sus medicamentos en una farmacia que no pertenece a la red. Además, es probable que tenga que pagar el costo completo que imponga la farmacia y</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		someter los documentos necesarios para recibir un reembolso por parte de AHM_Opal (HMO POS).
		<p>Cubierta Inicial - Fuera de la Red Se le reembolsará el costo completo del medicamento menos los siguientes medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que sus costos anuales lleguen a \$2,930:</p>
		<p>Nivel 1: Genérico Preferido</p>
		- \$5 copago para un suministro de 10 días por medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 2: Genérico no Preferido</p>
		- \$10 copago para un suministro de 10 días por medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 3: Preferidos de Marca</p>
		- \$35 copago para un suministro de 10 días por medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 4: No Preferidos de Marca</p>
		- \$50 copago para un suministro de 10 días por medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>Nivel 5: Medicamentos Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% coaseguro para un suministro de 10 días por medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 6: Medicamentos Suplementarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 copago para suministro de 10 días de medicamentos en este nivel.
		<p>Cubierta adicional durante la Brecha de Cubierta “Gap” - Fuera de la Red Se le reembolsará por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo completo menos lo siguiente:</p>
		<p>Nivel 1: Genérico Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 copago pago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.
		<p>Nivel 2: Genérico no Preferido</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 copago para un suministro de (10-días) por medicamentos en este nivel.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>Nivel 3: Preferidos de Marca</p> <p>Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el costo descontado del plan por medicamentos marca adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,700.</p>
		<p>Nivel 4: No Preferidos de Marca</p> <p>Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el costo descontado del plan por medicamentos marca adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,700.</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>Nivel 5: Medicamentos Especializados</p> <p>Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el costo descontado del plan por medicamentos marca adquiridos fuera de la red hasta que el total anual de los costos de medicamentos que sale de su bolsillo alcance \$4,700.</p>
		<p>Nivel 6: Medicamentos Suplementarios</p> <p>Después que el costo total anual de sus medicamentos alcance \$2,930, usted pagara el 100% del cargo total de la farmacia por medicamentos que usted adquiera fuera de la red hasta que la cantidad total que sale de su bolsillo alcance \$4,700. AHM_Opal (HMO POS) no le reembolsara por medicamentos adquiridos fuera de la red cuando se encuentra en la brecha de cubierta (“gap”).</p>

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>Cubierta Catastrófica - Fuera de la Red Después que los costos anuales de medicamentos que salen de su bolsillo alcanzan \$4,550, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5% coaseguro, ó - \$2.60 copago para genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.50 copago para el resto de los medicamentos
26- Servicios Dentales	Servicios Preventivos dentales (como limpiezas) no están cubiertos.	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.
		- \$5 copago por hasta 2 exámenes orales cada año
		- \$5 copago por hasta 2 limpiezas cada año
		- \$5 copago por hasta 2 tratamientos de fluoruro cada año
		- \$5 copago por hasta 2 Rayos-x cada año

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales.
		\$750 de limite por los beneficios dentales comprensivos cada año.
27 – Servicios para la Audición	Exámenes de rutina de audición suplementarios y los audífonos no están cubiertos.	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 copago por exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por Medicare.
		\$0 copago por:
		- hasta 1 examen de audición de rutina suplementario al año.
		- hasta 1 evaluación de ajuste para audífonos cada año
	20% coaseguro por exámenes diagnósticos de audición.	\$0 copago para hasta un audífono cada año
		\$300 límite para audífonos cada 3 años.
28 – Servicios para la Visión	20% coaseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red \$0 copago por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.
	Exámenes de rutina suplementarios y espejuelos no están cubiertos.	- Y hasta un examen de la vista de rutina suplementario cada año.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
	Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía para cataratas.	\$0 copago por: - por 1 par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas.
	Cubre un examen de detección anual de glaucoma, para personas en riesgo.	- hasta 1 par de espejuelos cada año.
		- hasta 1 par de lentes de contacto cada año.
		- hasta un par de lentes cada año.
		- hasta 1 montura de espejuelos cada año.
		\$100 de límite por espejuelos cada año.
Artículos Fuera del Recetario (OTC)	No está cubierto.	General Este plan no cubre artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés).
Transportación (de rutina)	No está cubierto.	General Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la Red \$0 copago por hasta un viaje de ida y vuelta a localidades aprobadas por el plan cada año.
Acupuntura	No está cubierto.	General Pueden aplicar reglas de autorización Dentro de la Red \$5 copago por hasta 6 visitas cada año
Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)	Puede visitar a cualquier médico, hospital o especialista que acepte Medicare	General Pueden aplicar reglas de autorización.

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<p>Fuera de la Red La cubierta de Punto de Servicio (POS) está disponible para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización aguda - Hospitalización en un hospital psiquiátrico - Facilidad de Cuidado Diestro (SNF) - Servicios de Rehabilitación Cardíaca - Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva - Servicios de Rehabilitación Pulmonar - Hospitalización Parcial - Servicio de Cuidado de Salud en el Hogar - Servicios del Médico de Cuidado Primario (PCP) - Servicios Quiroprácticos - Servicios de Terapia Ocupacional - Servicios de Médicos Especialistas - Servicios de Podiatría - Otros Profesionales de cuidado de salud - Servicios de Terapia Física, Patología del Habla/Lenguaje - Procedimientos de Diagnóstico Ambulatorios/Pruebas/Servicios de Laboratorio - Servicios de Radiología Diagnóstica

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Radiología Terapéutica - Rayos X Ambulatorios - Servicios de Hospital Ambulatorios - Servicios de Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en ingles) - Servicios de Sangre Ambulatorio - Servicios de Ambulancia - Servicios de Transportación - Servicios de Salud Preventivos Suplementarios - Programas Suplementarios Educación en Salud/ Bienestar - Espejuelos - Aparatos Auditivos
		20% del costo del hospital por día
		20% del costo por hospitalización en un hospital psiquiátrico.
		20% del costo por cada estadía en una Facilidad de Cuidado Diestro (SNF)

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		40% del costo por los servicios del médico de cuidado primario
		\$50 copago por servicios de ambulancia
		20% del costo por: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Rehabilitación Cardíaca - Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva - Servicios de Rehabilitación Pulmonar - Hospitalización Parcial - Servicios de Cuidado en el Hogar - Servicios de Quiropráctico - Servicios de Terapia Ocupacional - Servicios de Médicos Especialistas - Servicios de Podiatría - Otro Cuidado de Salud Profesional - Servicios de Terapia física y Patología del Habla/Lenguaje - Servicios de Procedimiento de Diagnostico Ambulatorio/ Pruebas/Laboratorios - Servicios de Radiología Diagnóstica - Servicios de Radiología Terapéutica - Rayos x Ambulatorios - Servicios Ambulatorios de Hospital - Servicios de un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
		<ul style="list-style-type: none">- Servicios de Sangre a pacientes ambulatorios- Programas Suplementarios de Educación/bienestar.
		<p>\$0 copago por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Servicios de Transportación- Educación de Salud / Bienestar- Espejuelos- Aparatos Auditivos

AHM_Opal (HMO POS)

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

SECCIÓN III- BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Opal (HMO POS)
Disfunción Eréctil	No está cubierto.	Hasta 3 pastillas por mes. Según medicamento necesario
Monitor de Presión	No está cubierto.	Para aquellos afiliados que tengan necesidad médica de tomarse continuamente la presión arterial, el plan proveerá 1 monitor de presión arterial por afiliado. Este beneficio requiere certificación por su médico primario y aprobación del plan.
Silla para Ducharse	No está cubierto.	Una por afiliado. Debe ser medicamento necesaria.