



AMERICAN
HEALTH
MEDICARE

Resumen de Beneficios para el 2012

AHM_Básico (HMO)

1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

H5774_1001_12_06_S

Aprobado por CMS 09292011

SECCION I – INTRODUCCION AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en AHM_Básico (HMO). Nuestro plan es ofrecido por AMERICAN HEALTH, INC. /American Health Medicare, una Organización de Cuidado Coordinado, Medicare Advantage (HMO, por sus siglas en inglés). 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_Básico (HMO) y pida la "Evidencia de Cubierta".

USTED TIENE OPCIONES PARA SU CUIDADO DE SALUD

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Medicare Original de pago-por-servicio. Otra opción es un plan de salud Medicare Advantage, como AHM_Básico (HMO). 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_Básico (HMO) al teléfono que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

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

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

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE AHM_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 BÁSICO (HMO)?

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

¿PUEDO ESCOGER A MIS DOCTORES?

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

Usted puede solicitar un Directorio de Proveedores 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?

Si visita un médico que no pertenece a nuestra red, usted tiene que pagar por esos servicios excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, cuidado de emergencia). Ni AHM_Estándar (HMO) ni el Plan de Medicare Original pagarán por estos servicios.

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

AHM_Básico (HMO) cubre los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare pero no cubre medicamentos de la Parte D de Medicare.

¿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_Básico (HMO), 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.

¿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_Básico (HMO) para más detalles.

- Algunos Antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por el personal instruido apropiadamente (el cual puede ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la Osteoporosis: Medicamentos inyectables para la Osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropeina (Epoetin alfa o Epogen ®): Por inyección si usted tiene una condición renal en etapa final (fallo renal permanente el cual requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de Coagulación de Hemofilia: Factores de coagulación administrados por uno mismo si tiene hemofilia.
- Medicamentos Inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables, administrados incidentalmente a un servicio médico.
- Medicamentos Inmunosupresores: Terapia de medicamentos Inmunosupresores para pacientes trasplantados, si el trasplante fue pagado por Medicare o por un seguro privado que pagó como pagador primario a su cubierta de la Parte A de Medicare, en una facilidad certificada de Medicare.

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

DONDE PUEDE ENCONTRAR INFORMACION SOBRE LA CALIFICACIÓN DEL PLAN

El programa de Medicare 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_Básico (HMO)

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
TTY/TDD (866)-620-2520

Posibles afiliados deben llamar libre de cargos al (866)-620-2420
TTY/TDD (866)-620-2520

Afiliados actuales deben llamar localmente al 787-620-1919
TTY/TDD (866)-620-2520

Posibles afiliados debe llamar localmente al (866)-620-2420
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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	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.	Dentro de la Red \$2,500 de límite de gasto de su bolsillo por los servicios cubiertos por Medicare.
2 – Selección de Médicos y Hospitales (Para más información, ver Emergencia - #15 y Cuidado Urgente Necesario - #16.)	Puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare	Dentro de la Red Debe visitar a médicos, especialistas u hospitales de la red.
		No se requiere referido para los médicos, especialistas y hospitales de la red.
CUIDADO PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO		
3 –Hospitalización (incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)	Las cantidades para el 2011 para cada periodo de beneficio eran \$0 o: Días 1 - 60: deducible de \$1,132 Días 61 - 90: \$283 cada día	Dentro de la Red No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada periodo de beneficios.

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	<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> <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>\$0 copago</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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	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 Dinstro 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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
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 suplementarias 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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
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 suplementarias 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.
	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.	Dentro de la Red \$0 copago por cada visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	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 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 \$0 copago por visitas 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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
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_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
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

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
		Medicare.
19 - Prótesis (Incluye ganchos dentales, extremidades y ojos artificiales, etc.)	20% coaseguro	General Pueden aplicar reglas de autorización.
		Dentro de la Red 10% del costo en artículos cubiertos por 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:
	Servicios de Laboratorio: Medicare cubre	- Servicios de laboratorio

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	servicios diagnósticos de laboratorio 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.	- Procedimientos diagnósticos y 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 cubiertos 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.

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
SERVICIOS PREVENTIVOS		
23 – Servicios Preventivos y Programas Educativos y de Bienestar	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para lo siguiente:</p> <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 al 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 	<p>General \$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 - 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

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	<p>veces durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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 	<p>Prostático Especifico (PSA, por sus siglas en ingles)).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesación de Fumar (Consejería para dejar de fumar) - 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>

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
	<p>Prostático Especifico (PSA, por sus siglas en inglés). Se cubre a todos los hombre con Medicare mayores de 50 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en personas. - 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"> - Cesación de Fumar Adicional <hr/> <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	General 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

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
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 cubierta de medicamentos, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrezca una cubierta de medicamentos.	Medicamentos Recetados cubiertos bajo la Parte B de Medicare General 5% del costo por los medicamentos para la quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B
		Medicamentos cubiertos bajo la Parte D General Este plan no ofrece cubierta de medicamentos recetados.
26– Servicios Dentales	Servicios Preventivos dentales (como limpiezas) no están cubiertos.	General Pueden aplicar reglas de autorización.

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
		<p>Dentro de la Red \$0 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>- \$5 copago por hasta 2 exámenes orales cada año</p> <p>- \$5 copago por hasta 2 limpiezas cada año</p> <p>- \$5 copago por hasta 2 tratamientos de fluoruro cada año</p> <p>- \$5 copago por hasta 2 rayos-x cada año</p> <p>El plan ofrece beneficios dentales comprensivos adicionales.</p> <p>\$750 de limite beneficios dentales comprensivos cada año.</p>
27 – Servicios para la Audición	Exámenes de rutina de audición suplementarios y los audífonos no están cubiertos.	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por hasta 1 aparato auditivo cada año.</p> <p>\$0 copago por:</p>

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
		- hasta 1 examen de audición de rutina suplementario al año.
	20% coaseguro por exámenes diagnósticos de audición.	- hasta 1 evaluación de ajuste para audífonos cada año
		\$0 copago por hasta un aparato auditivo cada año
		\$300 limite por 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.
	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 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.

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN II- RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
Artículos Fuera del Recetario	No está cubierto.	General Favor de visitar nuestro portal de internet para ver 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 (de rutina)	No está cubierto.	Dentro de la Red Este plan no cubre transportación de rutina suplementaria.
Acupuntura	No está cubierto.	General Reglas de autorización pueden aplicar.
		Dentro de la Red \$5 copago por visita hasta 6 visitas al año

AHM_Básico (HMO)

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

SECCIÓN III- BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficio	Medicare Original	AHM_Básico (HMO)
Suplementos Orales Nutricionales	No tiene cubierta	Para individuos con la condición médica de tomar suplementos orales nutricionales el plan pagara por hasta 3 unidades diarias por 4 semanas consecutivas al año. Este beneficio requiere la aprobación del médico primario y del plan.
Pañales para Adultos	No tiene cubierta	El plan ofrece cubierta para pañales de adultos cuando es médicamente necesario. Beneficio se limita a 3 pañales diarios y está sujeto a autorización y revisión de necesidad médica.
Silla para Ducharse	No tiene cubierta	Una por afiliado. Debe ser médicamente necesaria.