



15 de septiembre de 2011

Estimado Afiliado:

Gracias por su afiliación en AHM_Estándar (HMO).

Le proveemos información importante sobre el cuidado de salud y la cubierta de medicamentos recetados de Medicare que le ofrecemos para el próximo año. Favor de revisar esta información que le ayudará a decidir que cubierta elegir para el año 2012. También debe tener en cuenta que Medicare cambio las fechas para el Período Anual de Inscripción. Comenzando este año, puede realizar cambios a su cubierta desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011.

Adjunto encontrará 3 documentos con información importante para usted.

1. Debe comenzar leyendo la **Notificación Anual de Cambios para el 2012**. La misma le provee un resumen de los cambios a sus beneficios y costos para el próximo año. Estos cambios entrarán en vigor el 1^{ro} de enero de 2012.
 - **Por favor revise esta notificación prontamente** para ver como estos cambios pueden afectarlo.
 - **Si usted decide quedarse con AHM_Estándar (HMO)** para el año 2012, no necesita informarnos ni tramitar nuevos documentos. Automáticamente continuará afiliado a AHM_Estándar (HMO).
 - **Si usted decide dejar a AHM_Estándar (HMO)**, puede cambiar en cualquier momento a partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011 a otro plan de salud de Medicare o a Medicare Original. La Notificación Anual de Cambios le brinda más información de sobre este asunto. Para conocer más sobre sus alternativas de planes de salud, puede visitar <http://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-622-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY (audio-impedidos) deben llamar al 1-877-486-2048.
2. Estamos incluyendo una copia de la **Evidencia de Cubierta de AHM_Estándar (HMO)** para el año 2012. Este es una descripción legal, detallada de sus beneficios y costos si continúa afiliado a AHM_Estándar (HMO). Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir cuando usa su cubierta para recibir cuidado médico y obtener medicamentos recetados. Por favor, revise este documento y luego de enterarse de su contenido manténgalo a la mano como fuente de referencia.
3. Además incluimos una copia de la **Lista de Medicamentos Cubiertos (el Formulario)** para AHM_Estándar (HMO) efectiva el 1^{ro} enero del 2012. La Lista de Medicamentos le muestra cuales son los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos por el plan. También le permite saber si algún medicamento tiene reglas o restricciones de cubierta.

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Tenga la bondad de comunicarse con Servicios al Cliente al 1-888-620-1919 (Usuario de TTY, (audio-impedidos), llamar al 1-866-620-2520). El horario es de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM y llamadas a Estos números son gratis. Además puede visitar nuestra página de Internet, (www.ahmpr.com).

Su afiliación es muy valiosa para nosotros y esperamos continuar sirviéndole durante el próximo año.

Atentamente,

American Health Medicare

American Health Medicare es una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare.

Notificación Anual de Cambios para el año 2012 de AHM_Estándar (HMO)

Este documento le informa cómo cambiarán los beneficios y los costos de los mismos para el próximo año si usted permanece afiliado a AHM_Estándar (HMO). Estos cambios serán efectivos el 1^{ro} de enero de 2012.

Para decidir que es más conveniente para usted, compare la información que le enviamos con los beneficios y costos de otros planes de salud de Medicare en su área, así como los beneficios y costos de Medicare Original.

Este plan, AHM_Estándar (HMO), es ofrecido por American Health Medicare. (Cuando esta Notificación Anual de Cambios menciona “nosotros” o “nuestro” se refiere a American Health Medicare. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan” se refiere a AHM_Estándar (HMO).)

American Health Medicare es una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare.

Esta información está disponible libre de costo en otros idiomas. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-620-1919 para más información. (Usuarios de TTY (audio-impedidos) deben llamar al 1-866-620-2520.) El horario es de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Servicio al Cliente tiene disponible asistencia de interpretes libre de costo para personas que no hablan español

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Services number at 1-888-620-1919 for additional information. (TTY users should call 1-866-620-2520.) Hours are Monday to Sunday from 8:00 AM to 8:00 PM. Customer Services has free language interpreter services available for non-English speakers.

Esta información puede estar disponible en otros formatos alternos tales como: Braille, letra agrandada o cintas de audio. Favor de comunicarse con los teléfonos de Servicio al Cliente que mencionamos anteriormente.

Notificación Anual de Cambios para el año 2012

Tabla de Contenido

Sección 1. Cosas importantes que debe saber	1
El Período Anual de Inscripción termina el 7 de diciembre	1
Actualmente, usted está afiliado a AHM_Estándar (HMO), que es un HMO de Medicare	1
Si permanece afiliado a AHM_Estándar (HMO) para el año 2012, habrá cambios en sus beneficios y cuánto paga por Estos	1
Esta Notificación Anual de Cambios es solo un resumen (refiérase a su Evidencia de Cubierta para más detalles).....	1
¿Qué debe hacer?	2
Sección 2. Cambios en su Prima Mensual.....	3
Sección 3. Servicios Médicos: Cambios a sus beneficios y costos compartidos (lo que usted paga por ellos).....	3
Cambios en sus <u>beneficios</u>	3
Cambios en los costos compartidos (<u>lo que usted paga por ellos</u>).....	4
Sección 4. Medicamentos Recetados de la Parte D: Cambios en sus beneficios y en lo que paga por ellos	5
Cambios en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).....	5
Cambios en los costos que usted paga de su bolsillo.....	5
¿Qué sucede si los cambios para el 2012 afectan los medicamentos que está tomando ahora mismo?	9
Sección 5. ¿Qué sucede si hay cambios en la red de proveedores del plan?	10
¿Estará su médico y otros proveedores en la red del plan en año próximo?	10
Sección 6. ¿Desea permanecer en el plan o desea realizar un cambio?	10
¿Desea permanecer con AHM_Estandar (HMO)?	10
¿Desea realizar un cambio?	11

Sección 7. ¿Necesita ayuda? ¿Desea recibir más información?.....	12
Tenemos información y contestaciones para usted.....	12
Puede obtener ayuda e información del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)	12
Usted puede obtener ayuda y/o información de Medicare.....	13

Sección 1. Cosas importantes que debe saber

El Período Anual de Inscripción termina el 7 de diciembre

Comenzando este año, usted **podrá realizar cambios** a su cubierta de Medicare a partir del 15 de octubre **hasta el 7 de diciembre**.

Actualmente, usted está afiliado a AHM_Estándar (HMO), que es un HMO, por sus siglas en inglés de Medicare

Actualmente, usted está afiliado a AHM_Estándar (HMO). Este plan es un plan Medicare Advantage de cuidado coordinado de salud (HMO, por sus siglas en inglés). HMO significa “Health Maintenance Organization” (organización de cuidado de salud). Como todos los Planes Medicare Advantage de Medicare, Este plan de cuidado coordinado de salud (“Medicare HMO”) está aprobado por Medicare y es ofrecido por una compañía privada. Nos complace proveerle su cubierta de cuidado de salud de Medicare, incluyendo su cubierta de medicamentos recetados.

Si permanece afiliado a AHM_Estándar (HMO) para el año 2012, habrá cambios en sus beneficios y cuánto paga por estos

Cada año, los planes de salud de Medicare pueden decidir cambiar las primas, costos compartidos y los beneficios que ofrecen. Estos cambios pueden incluir aumentar o disminuir primas, aumentar o disminuir los costos compartidos y añadir o quitar beneficios.

Le estamos enviando esta Notificación Anual de Cambios para dejarle saber cómo cambiarán sus beneficios y los costos como afiliado de AHM_Estándar (HMO) para el próximo año de sus beneficios actuales. Estos cambios serán efectivos el 1^{ro} de enero de 2012. Medicare aprobó estos cambios.

Esta Notificación Anual de Cambios es sólo un resumen (refiérase a la Evidencia de Cubierta para más detalles)

Esta Notificación Anual de Cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios en lo que pagará por estos servicios en el año 2012. Esta notificación es un breve resumen y no una descripción detallada de los beneficios. Para más información puede comunicarse con el plan o buscar en la Evidencia de Cubierta.

- Para obtener los detalles puede buscar en la Evidencia de Cubierta de AHM_Estándar (HMO). La Evidencia de Cubierta es una descripción legal, detallada de sus beneficios y los costos para el año 2012. Le explica sus derechos y reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. (Hemos incluido una copia de la Evidencia de Cubierta en el mismo sobre donde le enviamos la Notificación Anual de Cambios. (Si no tiene esa copia, comuníquese con Servicio al Cliente.)
- Si tiene preguntas o necesita mas información, puede comunicarse con Servicio al Cliente al 1-888-620-1919 (TTY solamente (audio-impedidos), deben llamar al 1-866-620-2520).

Nuestro horario es de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM y las llamadas a estos números son libre de costos.

¿Qué debe hacer?

Deseamos que este informado de lo que se avecina para el próximo año, **le solicitamos que lea este documento prontamente para que vea los cambios en los beneficios y los costos y como estos le afectarán si permanece afiliado a AHM_Estándar (HMO)**. Comenzando este año, **tiene hasta el 7 de diciembre para realizar cambios** en su cubierta de Medicare. Si realiza algún cambio, su nueva cubierta comenzara el 1^{ro} de enero de 2012.

Para decidir que es más conveniente para usted, compare esta información sobre los beneficios y costos de AHM_Estándar (HMO) para el año 2012 con los costos que tendría si se cambiara a una Plan de Salud de Medicare diferente o a Medicare Original.

Si tiene acceso al Internet, puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando la sección de Buscando Planes de Medicare en su página de Internet <http://www.medicare.gov>. La Sección “Buscando Planes de Medicare” le ayuda a comparar sus selecciones brindándole información sobre los beneficios y costos de esos plan y mostrándole como Medicare califica a estos planes. Por ejemplo, estas calificaciones le permiten comparar como se desempeñan en las diferentes categorías que incluyen el detectar y prevenir enfermedades, satisfacción de los afiliados, y servicio al cliente. (Para ver información sobre los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> seleccione “Planes de Medicamentos y de Salud” y entonces seleccione “Encontrar y Comparar Planes de Medicamentos Recetados”. Si desea que le enviemos una copia por de la calificación para AHM_Estándar (HMO) que se encuentra en el página de Internet de Medicare puede comunicarse con nosotros al 1-888-620-1919 de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuarios de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

Para obtener información sobre Medicare Original y sobre los planes de Medicare disponibles en su área, puede llamar a Medicare o al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud. Para los números de teléfono, refiérase a la Sección 7 de esta Notificación Anual de Cambios.

Valoramos su afiliación a AHM_Estándar (HMO) y esperamos que continúe siendo nuestro afiliado. Pero si usted desea hacer un cambio para el 2012, vea “Le gustaría hacer un cambio” en la Sección 6 para los diferentes períodos en donde puede hacer cambios.

Sección 2. Cambios en su Prima Mensual

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
Prima Mensual	\$0.00	\$0.00
	(Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.)	(Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.)

Excepciones:

- Si es requerido que usted pague una penalidad por inscripción tardía (porque estuvo por al menos 63 días sin la Parte D o otra cubierta de medicamentos recetados “acreditable” en cualquier momento luego de terminar su período inicial de afiliación de Parte D), su prima mensual para el 2012 será \$0.00 más la cantidad de su penalidad por inscripción tardía. Para más información sobre esta penalidad, vea el Capítulo 6 de su Evidencia de Cubierta.
- La mayoría de las personas pagan una prima estándar por la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagarán una cantidad más alta debido a su ingreso anual. Si su ingreso es \$85,000 o más para un individuo (o persona casada rindiendo por separado) o \$170,000 o más para parejas casadas, deberán pagar una cantidad adicional por su cubierta de la Parte D de Medicare. Si usted debe pagar esta cantidad adicional, la Administración de Seguro Social y no su plan de Medicare le enviará una carta informándole cuánto será esta cantidad. Para más información sobre la prima de la Parte D basada en ingreso, refiérase al Capítulo 6, Sección 11 de este documento. También puede visitar la página de Internet medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Además puede comunicarse con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Sección 3. Servicios Médicos: Cambios a sus beneficios y costos compartidos (lo que usted paga por ellos)**Cambios en sus beneficios**

Nuestros beneficios serán exactamente iguales en el 2012 a los del año 2011. Sin embargo, hay cambios en lo que usted pagará por sus servicios cubiertos. Vea la sección a continuación para más información sobre lo que pagará por los servicios cubiertos.

Cambios en los costos compartidos (lo que usted paga por ellos)

Los costos compartidos es su parte del costo de los servicios médicos cubiertos. Esta cantidad usted la pagará de su bolsillo en coaseguros o copagos. Por lo general, pagará esta cantidad en el momento que reciba los servicios. La tabla a continuación le muestra un resumen de los cambios de los costos que usted paga por sus servicios. Para detalles refiérase al Capítulo 4, Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga), en su Evidencia de Cubierta.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
Cirugía Ambulatoria	\$0.00 copago	\$10.00 copago
Servicio de Ambulancia (En la Red)	\$0.00 copago	\$25.00 copago
Cuidado de Emergencia	\$25.00 PR/US \$50.00 Cubierta Mundial	\$35.00 PR/US \$60.00 Cubierta Mundial
Servicios de Rehabilitación Ambulatorios (Pulmonar, Respiratoria, y Cardiovascular)	\$0.00 copago	\$5.00 copago
Equipo Médico Duradero	10% del costo de los artículos cubiertos por Medicare	15% del costo de los artículos cubiertos por Medicare
Prótesis	10% del costo de los artículos cubiertos por Medicare	20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare
Monitoreo de la Diabetes, Adiestramiento y Suministros	\$0.00 copago	5% del costo de los artículos cubiertos por Medicare
CT/PET/MRI	\$0.00 copago	\$25.00 copago
Medicamentos de la Parte B	0%	5%

Sección 4. Medicamentos Recetados de la Parte D: Cambios en sus beneficios y en lo que paga por ellos

Cambios en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)

AHM_Estándar (HMO) tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*” – o “Lista de Medicamentos”. Esta lista le informa los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por el plan. (El Capítulo 5, Sección 1.1 de su Evidencia de Cubierta le explica sobre los medicamentos de la Parte D.)

Podemos hacer cambios a la Lista de Medicamentos del plan durante el año. En adición, hay una serie de cambios a la Lista de Medicamentos que entrarán en efecto el 1^{ro} de enero del 2012. Cambios a esta Lista de Medicamentos han sido aprobados por Medicare.

- **Hemos añadido medicamentos nuevos a la lista y removido otros.** Hemos añadido medicamentos nuevos que están ahora disponible. Hemos reemplazado algunos medicamentos de marca con medicamentos genéricos. Hemos reemplazado algunos medicamentos costosos con medicamentos menos costosos que han demostrado funcionar igual o mejor. Hemos removido algunos medicamentos por problemas de seguridad o porque la investigación médica ha demostrado que no son efectivos.
- **Hemos añadido restricciones a ciertos medicamentos y reducido las restricciones en otros.** Las restricciones pueden incluir un requisito para obtener aprobación del plan por adelantado o tratar un medicamento diferente primero para ver cuán bien funciona. Restricciones pueden incluir límites a la cantidad de medicamento que el plan cubre para usted.
 - Si su medicamento tiene restricciones, significa que usted o su proveedor deberán seguir unos pasos adicional para que cubramos su medicamento. Si tenemos una restricción en un medicamento que desea utilizar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber que deben hacer usted o su proveedor para obtener cubierta en ese medicamento.

Favor de verificar si alguno de estos cambios afecta la cubierta de los medicamentos que usted usa.

- Puede buscar sus medicamentos en la Lista de Medicamentos que le enviamos con esta Notificación Anual de Cubierta. Si no puede encontrar alguno de los medicamentos en esta Lista de Medicamentos puede comunicarse con Servicio al Cliente para que le ayuden a encontrarlos.

Cambios en los costos que usted paga de su bolsillo

Cada medicamento en esta Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los 5 niveles de costo compartido. **Medicare sólo nos permite cambiar lo que paga por un medicamento en cada**

nivel de costo compartido una vez al año. Los cambios que le mostramos a continuación serán efectivos el 1^{ro} de enero de 2012 y permanecerán igual por el año entero.

Además de los cambios en copagos y coaseguros que incluimos a continuación, hay otro cambio que puede afectar lo que usted pagará por sus medicamentos el próximo año. **Hemos movido algunos de los medicamentos en la Lista de Medicamentos a un nivel de costo compartido diferente.** Para ver si hemos movido de nivel de costo compartido algunos de sus medicamentos, puede buscarlos en la Lista de Medicamentos.

Cambios en los que paga por sus medicamentos durante la Etapa Inicial de Cubierta

Durante la Etapa Inicial de Cubierta, el plan paga su parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga por su parte su cantidad de copago o coaseguro.

La tabla a continuación resume los cambios en lo que pagará por su parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos cuando se encuentra a la Etapa Inicial de Cubierta. Estos cambios afectan solamente los medicamentos recetados de la Parte D.

Los costos en la tabla son para recetas surtidas en farmacias de la red. Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Puede haber restricciones para los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red, como límite de cantidad del medicamento que puede obtener. Para más información, refiérase al Capítulo 5, Sección 3.5 de la Evidencia de Cubierta.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
<p>Nivel de Costo Compartido 1</p> <p>Genéricos Preferidos</p> <p>Para un suministro de un mes (30 días) de un medicamento en el nivel 1 de costo-compartido en una farmacia de la red</p>	Usted paga \$2.00 por receta.	Usted paga \$3.00 por receta.
<p>Nivel de Costo Compartido 2</p> <p>Genéricos No Preferidos</p> <p>Para un suministro de un mes (30 días) de un medicamento en el nivel 2 de costo-compartido en una farmacia de la red</p>	Usted paga \$4.00 por receta.	Usted paga \$6.00 por receta.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
<p>Nivel de Costo Compartido 3</p> <p>Genéricos No Preferidos Marca Preferida</p> <p>Para un suministro de un mes (30 días) de un medicamento en el nivel 3 de costo-compartido en una farmacia de la red</p>	Usted paga \$25.00 por receta.	Usted paga \$30.00 por receta.
<p>Nivel de Costo Compartido 4</p> <p>Genéricos No Preferidos Marca No Preferida</p> <p>Para un suministro de un mes (30 días) de un medicamento en el nivel 4 de costo-compartido en una farmacia de la red</p>	Usted paga \$40.00 por receta.	Usted paga \$45.00 por receta.
<p>Nivel de Costo Compartido 5</p> <p>Genéricos Marca</p> <p>Para un suministro de un mes (30 días) de un medicamento en el nivel 5 de costo-compartido en una farmacia de la red</p>	Usted paga el 33% del costo	Usted paga el 33% del costo

Cambios en las Etapas de Pago de los Medicamentos Recetados de plan

No hay cambios en las Etapas de Pago de los Medicamentos Recetados del plan para año 2012. La tabla a continuación explica cada una de las etapas.

La tabla a continuación resume los cambios en las Etapas de Pago de los Medicamentos Recetados del plan. Estos cambios sólo afectan a los medicamentos recetados de la Parte D.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
<p>Etapa del Deducible Anual</p> <p>Esta etapa de pago no aplicar para usted, debido a que este plan no tiene deducible.</p>	No aplica	No aplica
<p>Etapa Inicial de Cubierta</p> <p>Durante la Etapa Inicial de Cubierta, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. (Los cambios en su parte de los costos están descritos en tabla anterior.)</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que “costo total de los medicamentos” a la fecha llegue al límite de \$2,930 de la Etapa Inicial de Cubierta. Una vez llegue a este límite, se mueve a la Etapa de Brecha de Cubierta.</p>	<p>\$2,840</p> <p>Cuando el total de sus medicamentos recetados de la Parte D llega a esta cantidad, usted se mueve a la Etapa de la Brecha de Cubierta.</p>	<p>\$2,930</p> <p>Cuando el total de sus medicamentos recetados de la Parte D llega a esta cantidad, usted se mueve a la Etapa de la Brecha de Cubierta.</p>

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
<p>Etapa de la Brecha de la Cubierta</p> <p>Durante la Etapa de la Brecha de la Cubierta, el plan le cubrirá medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en la Etapa de la Brecha de la Cubierta hasta que el “costo total de sus medicamentos recetados” de la Parte D llegue a la cantidad que cualifica para la Cubierta Catastrófica.</p>	<p>Para medicamentos genéricos usted paga \$2 de copago o el 93% del costo, lo que sea menor. Para medicamentos de marca, usted paga el 50% del precio (mas el cargo por despacho).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costo de lo pagado llegue a:</p> <p>\$4,550.00</p> <p>Esta es la cantidad que usted debe pagar para dejar la Etapa de la Brecha de Cubierta y cualificar para la Cubierta Catastrófica.</p>	<p>Para medicamentos genéricos usted paga \$2 de copago o el 93% del costo, lo que sea menor. Para medicamentos de marca, usted paga el 50% del precio (mas el cargo por despacho).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costo de lo pagado llegue a:</p> <p>\$4,700.00</p> <p>Esta es la cantidad que usted debe pagar para dejar la Etapa de la Brecha de Cubierta y cualificar para la Cubierta Catastrófica.</p>
<p>Etapa de Cubierta Catastrófica</p> <p>Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.</p>	<p>5% de coaseguro del costo del medicamento o \$2.50 copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que sean tratados como genéricos) o \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos.</p>	<p>5% de coaseguro del costo del medicamento o \$2.60 copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que sean tratados como genéricos) o \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos.</p>

¿Qué sucede si los cambios para el 2012 afectan los medicamentos que está tomando ahora mismo?

¿Qué sucede si un medicamento que está tomando ahora mismo no está en la Lista de Medicamentos para el 2011? ¿Qué sucede si se ha movido a un nivel de costo compartido más alto? ¿Qué sucede si añadimos una restricción nueva a la cubierta de ese medicamento? Si usted se encuentra en alguna de estas situaciones, esto es lo que puede hacer:

- En algunas situaciones, el plan cubrirá **un abastecimiento temporero, sólo una vez**, de un medicamento cuando su abastecimiento actual se acaba. Este abastecimiento temporero será por un máximo de 30 días, o menos si su receta sea escrita por menos días. El Capítulo 5, Sección 6.2 de la Evidencia de Cubierta le explica cuando puede obtener un abastecimiento temporero y como solicitarlo.

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

- **Quizás puede encontrar un medicamento distinto** que este cubierto por el plan y pueda funcionar igualmente para usted. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento con cubierta que funcione para usted.
- **Usted y su médico pueden pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. Refiérase a la Evidencia de Cubierta que le incluimos en el envío de la Notificación Anual de Cubierta para ver cómo puede solicitar una excepción. Revise el Capítulo 9 de la Evidencia de Cubierta (Qué hacer si tengo un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones y quejas)).

Sección 5. ¿Qué sucede si hay cambios en la red de proveedores del plan?

¿Estará su médico y otros proveedores en la red del plan el año próximo?

Hay algunos cambios a la red de proveedores para el año 2012. Además es posible que los proveedores del plan cambien durante el año.

- **Favor de verificar con su médico y sus otros proveedores** para asegurarse que ellos continuarán siendo parte de la red de proveedores de AHM_Estándar (HMO SNP) en el 2012.
- Para la información más actualizada sobre los proveedores de la red, verifique nuestra página de Internet (www.ahmpr.com) o llame a Servicios al Cliente (vea los números de teléfono en la cubierta de atrás de este documento).

Sección 6. ¿Desea permanecer en el plan o desea realizar un cambio?

¿Desea permanecer con AHM_Estándar (HMO)?

Si desea mantener su afiliación con AHM_Estándar (HMO) para el año 2012, es fácil. Usted no necesita notificarlo ni llenar documentos. **Automáticamente permanecerá afiliado con nosotros si no se afilia a un plan diferente o a Medicare Original.**

¿Desea realizar un cambio?

Si decide desafiliarse de AHM_Estándar (HMO), puede cambiarse a cualquier otro plan de Medicare Advantage (con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare) o puede cancelar su afiliación al plan y cambiarse al plan de Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare).

Si desea cambiarse a otro plan tiene muchas alternativas. Si tiene acceso al Internet, puede encontrar información sobre los planes disponible en su área utilizando la página de Internet de Medicare. (Para ver información sobre los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> seleccione “Planes de Medicamentos y de Salud” y entonces seleccione “Encontrar y Comparar Planes de Medicamentos Recetados”. También puede encontrar información sobre los planes de Medicare en el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud. (Los números a llamar se encuentran en la Sección 7 de esta Notificación Anual de Cubierta). Como recordatorio, American Health Medicare ofrece otros planes de Medicare Advantage y/o planes con cubierta de medicamentos recetados además del plan en el que está afiliado actualmente. Estos otros planes se pueden diferenciar en cubierta, prima mensual y cantidades de costo compartido.

¿Cuándo puedo hacer el cambio?

- Durante el período anual de afiliación (llamado el “Período Anual Coordinado de Elección”) a partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011, usted puede cambiar a otro Plan de Salud de Medicare (con o sin una cubierta de medicamentos recetados de Medicare) o puede cancela su afiliación al plan y cambiar a Medicare Original (con o sin una cubierta de medicamentos recetados de Medicare). Su nueva cubierta comenzará el 1^{ro} de enero de 2012.
- También tiene **otro período de afiliación más limitado a partir del 1^{ro} de enero hasta el 14 de febrero de 2012**. Durante este período (llamada el “Período Anual de Desafiliación de Medicare Advantage”, usted puede cambiar de AHM_Estándar (HMO) a Medicare Original. Su cubierta comenzará el primer día del mes después que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original.
 - Si selecciona cambiar a Medicare Original durante el Período Anual de Desafiliación, tiene hasta el 14 de febrero añadir la cubierta de medicamentos afiliándose a un plan de medicamentos recetados de Medicare. Su cubierta de medicamentos comenzará el primer día del próximo mes después de que el plan reciba su solicitud de afiliación.
 - Para más información sobre las alternativas disponibles durante el Período Anual de Desafiliación del 1^{ro} de enero al 14 de febrero, refiérase al Capítulo 10, Sección 2.3 de la Evidencia de Cubierta.
- **¿Estas son las únicas veces en el año donde se puede escoger un plan diferente?**

Para la mayoría de las personas, si. Ciertos individuos, tales como aquellos que sean elegibles a Medicaid, aquellos que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos,

o aquellos que se muden fuera de su área geográfica de servicio, pueden hacer cambios en otros momentos. Para más información, refiérase al Capítulo 10, Sección 2.3 de la Evidencia de Cubierta.

¿Cómo hago un cambio?

Refiérase el Capítulo 10 de su Evidencia de Cubierta. El mismo le explica lo que necesita hacer para poder cambiar de AHM_Estándar (HMO) a otro plan.

Cosas que debe verificar antes de hacer un cambio

- **¿Es miembro de un grupo patronal o de retirados?** Si lo es, favor de verificar con el administrador de beneficios de su grupo patronal o de retirados *antes de cambiar de plan*. Esto es importante ya que usted puede perder beneficios que recibe actualmente bajo su cubierta de su grupo patronal o de retirados si cambia de plan.

Sección 7. ¿Necesita ayuda? ¿Desea recibir más información?

Tenemos información y contestaciones para usted

Para conocer más, lea la información que le enviamos con la Notificación Anual de Cambios. Esto incluye una copia de la Evidencia de Cubierta y una copia de la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarlo. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al 1-888-620-1919 (TTY solamente (audio-impeidos), deben llamar al 1-866-620-2520). Estamos disponibles de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Las llamadas a estos números son libres de costo.

Puede obtener ayuda e información del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que tiene consejeros adiestrados en cada estado. En Puerto Rico el SHIP se llama la Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad.

Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad es independiente (no está conectada a ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno Federal para proveer consejería **gratis** sobre los seguros de salud locales a personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad pueden ayudarle con sus preguntas y problemas. Le pueden ayudar a entender las alternativas en los planes de Medicare y contestar preguntas de como cambiar de plan. Puede comunicarse con la Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad al 787-721-6121. También puede conocer mas acerca de la Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad visitando su página de Internet (www.oppte.pr.gov).

Usted puede obtener ayuda y/o información de Medicare

Aquí hay tres formas para conseguir información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Visite la página de Internet de Medicare** (<http://www.medicare.gov>).

Lea el manual de *Medicare & Usted 2012*. Este manual es enviado por correo anualmente en el mes de Octubre a todos los beneficiarios de Medicare. Provee un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones y contestaciones a las preguntas más frecuentes con relación a Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en la página de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Servicios al Cliente de AHM_Estándar (HMO)

LLAME	1-888-620-1919 Las llamadas a este teléfono son libre de costo. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM Servicios al Cliente tiene servicios de interprete libre de costo para personas que no hablen español.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas con dificultad para escuchar o hablar. Las llamadas a este teléfono son libres de costo. Lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM
FAX	787-620-0931
ESCRIBA	American Health Medicare PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922
PÁGINA DE INTERNET	www.ahmpr.com

La Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad de Puerto Rico

Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno Federal y provee consejería libre de costo a personas con Medicare.

LLAME	787-721-6121
ESCRIBA	Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad PO Box 19179 San Juan, Puerto Rico 00919-1179
PÁGINA DE INTERNET	www.oppte.pr.gov