



15 de septiembre de 2011

Estimado Afiliado:

Agradecemos su afiliación en AHM_Básico (HMO).

Le estamos entregando información importante sobre la cubierta de salud de Medicare que estaremos ofreciendo en el próximo año. Favor de revisar la siguiente información que le ayudara decidir que cubierta escoger en el 2012. Además, favor de tomar en consideración que Medicare ha cambiado las fechas para el Periodo Anual de Afiliación. Comenzando este año, **usted puede hacerle cambios a su cubierta desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011.**

Adjunto encontrará 2 documentos con información importante para usted.

1. Favor de comenzar leyendo la **Notificación Anual de Cambios para el 2012**. Este documento le provee un resumen de los cambios a sus beneficios y a los costos del próximo año. Estos cambios tendrán efectividad el 1^{ro} de enero de 2012.
 - **Favor de revisar esta notificación durante los primeros días de haberla recibido** para ver como los cambios pueden afectarlo.
 - **Si usted decide permanecer afiliado a AHM_Básico (HMO)** para el 2012 – no tendrá que informarnos ni llenar alguna documentación. Automáticamente continuará afiliado a AHM_Básico (HMO).
 - **Si usted decide desafiliarse de AHM_Básico (HMO)**, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente o al plan de Medicare Original desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011. La *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre este asunto. Para conocer más sobre sus alternativas en planes de salud, puede visitar la página de internet <http://www.medicare.gov> o puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048.
2. Estamos incluyendo una copia de la **Evidencia de Cubierta** de AHM_Básico (HMO) para el 2012. Es la descripción legal y detallada de sus beneficios y costos para el 2012 si usted permanece afiliado a AHM_Básico (HMO). Además explica cuáles son sus derechos y las reglas que deberá seguir al utilizar su cubierta para cuidado médico. Favor de revisar este documento para conocer su contenido, y luego manténgalo cerca para su uso como referencia.

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-impeidos), 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. Servicios al Cliente tiene interpretes libre de costos para personas que no hablan español. 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 2012 AHM_Basic (HMO)

Este manual le explica cómo sus beneficios y costos cambiarán el próximo año si usted permanece afiliado a AHM_Básico (HMO). Estos cambios serán efectivos el 1^{ro} de enero de 2012 si permanece afiliado a este plan.

Para decidir lo que es mejor para usted, compare esta información con los beneficios y costos de otros planes de salud de Medicare en su área, así como los beneficios y costos de el plan de Medicare Original.

Este plan, AHM_Básico (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_Básico (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 8:00PM. Customer Services has free language interpreter services available for non-English speakers (phone numbers are on the back cover of this booklet).

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 2012

Tabla de Contenido

Sección 1. Información importante que debe saber	1
El Período de Afiliación Anual termina el 7 de diciembre	1
Actualmente usted está afiliado a AHM_Básico (HMO), el cual es un plan HMO (por sus siglas en inglés) de Medicare	1
Si usted permanece afiliado a AHM_Básico (HMO) en el 2012, habrá algunos cambios a sus beneficios y a lo que usted paga	1
Esta Notificación Anual de Cambios es solo un resumen (refiérase a su Evidencia de Cubierta para mas detalles)	1
¿Qué debe hacer?	2
Sección 2. Cambios a su prima mensual	2
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>)	3
Sección 4. ¿Qué sucede con los cambios a la red de proveedores del plan?	4
¿Permanecerán los médicos y otros proveedores del plan en la red de proveedores para el próximo año?	4
Sección 5. ¿Tengo cubierta de medicamentos tan buena como la cubierta de medicamentos estándar de Medicare?	5
¿Cómo saber si tengo cubierta de medicamentos, que es como mínimo, igual que la cubierta estándar de Medicare?	5
¿Cuáles son mis opciones para obtener cubierta de medicamentos recetados de Medicare?	5
¿Cuánto costará una cubierta de medicamentos recetados de Medicare?	6
Sección 6. ¿Desea permanecer en el plan o hacer un cambio?	6

¿Desea usted permanecer afiliado a AHM_Básico (HMO)?.....6

¿Desea hacer un cambio?.....6

Sección 7.¿Necesita ayuda? ¿Desea más información?..... 8

Tenemos información y respuestas para usted.....8

Puede obtener ayuda e información del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de
Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)8

Usted puede obtener ayuda y/o información de Medicare.....8

Sección 1. Información importante que debe saber

El Período de Afiliación Anual termina el 7 de diciembre

Comenzando este año, usted tiene desde el 15 de octubre **hasta el 7 de diciembre para hacerle algún cambio** a su cubierta de Medicare.

Actualmente usted está afiliado a AHM_Básico (HMO), el cual es un plan HMO (por sus siglas en inglés) de Medicare

Actualmente, usted está afiliado a AHM_Básico (HMO). Este es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Cuidado Coordinado). Como todos los planes de Medicare Advantage, este plan HMO de Medicare está aprobado por Medicare y manejado por una compañía privada. Nos enorgullece proveerle su cubierta de salud de Medicare.

Si usted permanece afiliado a AHM_Básico (HMO) en el 2012, habrá algunos cambios a sus beneficios y a lo que usted paga

Cada año, los planes de salud de Medicare pueden decidir hacerle cambios a la prima, la cantidad de costo compartido 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 informarle como sus beneficios y costos como afiliado a AHM_Básico (HMO) cambiarán 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 solo un resumen (refiérase a su Evidencia de Cubierta para mas detalles)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le provee un resumen de los cambios a sus beneficios y a lo que usted pagará por estos servicios en el 2012. Esta notificación es un breve resumen, no una descripción comprensiva de sus beneficios. Para mayor información, comuníquese con el plan o vea su *Evidencia de Cubierta*.

- Para obtener detalles, puede referirse a la *Evidencia de Cubierta* de AHM_Básico (HMO). La *Evidencia de Cubierta* es la descripción legal y detallada de sus beneficios y costos para el 2012. Le explica sus derechos y las reglas a seguir para obtener sus servicios cubiertos. (Hemos incluido una copia de la *Evidencia de Cubierta* en el mismo sobre junto a la *Notificación Anual de Cambios*. De no tener esta copia, favor de comunicarse con Servicios 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?

Queremos que usted sepa lo que se avecina para el próximo año, así que **por favor lea el resto de este documento a la brevedad posible, para conocer como los cambios a los beneficios y costos pueden afectarlo si usted permanece afiliado a AHM_Basic (HMO) en el 2012.**

Comenzando este año, **sólo tendrá hasta el 7 de diciembre para hacer algún cambio** a su cubierta de Medicare. Si usted hace algún cambio, su nueva cubierta comenzará el 1^{ro} de enero de 2012.

Para decidir lo que es mejor para usted, compare esta información acerca de los beneficios y costos de AHM_Basico (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 a internet, puede encontrar información acerca de planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Plan de Medicare en la página de internet de Medicare en <http://www.medicare.gov>. El buscador de planes le ayuda a comparar sus opciones, dándole información acerca de los beneficios y costos de los planes y mostrándole como Medicare califica estos planes. Por ejemplo, estas calificaciones le permiten comparar a qué nivel su plan se encuentra en diferentes categorías que incluyen detectar y prevenir enfermedades, satisfacción del afiliado y servicio al cliente. (Para ver la información de los planes visite <http://www.medicare.gov>. Escoja el botón de “Planes de Salud y Medicamentos” a la izquierda y luego escoja “Comparar Planes de Salud y Medicamentos.”) Si desea que le enviemos por correo una copia de las calificaciones del plan AHM_Basico (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 al plan AHM_Básico (HMO) y esperamos que permanezca como afiliado. Pero si desea algún cambio para el 2012, Vea “¿Cuándo puede cambiarse a un plan diferente?” en la Sección 6 para los periodos en que puede hacer cambios.

Sección 2. Cambios a su prima mensual

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
Prima Mensual	\$0.00	\$0.00

2011 (este año)	2012 (próximo año)
(Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	(Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)

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)

Costo compartido es su parte del costo por servicios médicos cubiertos. Es la cantidad que usted paga “de su bolsillo” por: deducibles, coaseguros y copagos. Usualmente, usted paga estas cantidades en el momento que los servicios son recibidos. La tabla a continuación es un resumen de los cambios del 2011 al 2012 en los “gastos de su bolsillo”. Para más detalles, vea el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (que está cubierto y que usted paga)*, en su *Evidencia de Cubierta*.

	2011 (este año)	2012 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por servicios médicos dentro de la red (MOOP, por sus siglas en inglés)</p> <p>La cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo es lo máximo que usted paga por copagos y coaseguros durante todo el año por servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B.</p> <p>Las cantidades que usted paga por copagos y coaseguro se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo.</p>	<p>\$2,500.00</p> <p>Este es el máximo que usted paga de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B.</p> <p>Una vez que pagó \$2,500 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B usted no paga nada por los servicios dentro de la red de las Partes A y B durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$2,500.00</p> <p>Este es el máximo que usted paga de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B.</p> <p>Una vez que pagó \$2,500 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B usted no paga nada por los servicios dentro de la red de las Partes A y B durante el resto del año calendario.</p>
Medicamentos de la Parte B	0% del costo	5% del costo
<p>Cubierta Dental Preventiva</p> <p>Limpiezas</p> <p>Tratamientos de Fluoruro</p> <p>Rayos-X Dentales</p>	<p>\$0.00</p> <p>2 visitas al año</p>	<p>\$5.00</p> <p>2 visitas al año</p>

Sección 4. ¿Qué sucede con los cambios a la red de proveedores del plan?

¿Permanecerán los médicos y otros proveedores del plan en la red de proveedores para el próximo año?

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 sus médicos y otros proveedores que usted visite actualmente** para asegurarse de que continuarán formando parte de la red de proveedores de AHM_Básico (HMO) 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 5. ¿Tengo cubierta de medicamentos tan buena como la cubierta de medicamentos estándar de Medicare?

¿Cómo saber si tengo cubierta de medicamentos, que es como mínimo, igual que la cubierta estándar de Medicare?

Nuestro plan no incluye cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Si usted no se a suscrito a una cubierta de medicamentos recetados acreditable, puede que tenga que pagar una penalidad por afiliación tardía si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare mas tarde. (Cubierta “Acreditable” significa una cubierta que pague, en promedio, como mínimo tanto como paga la cubierta de medicamento estándar de Medicare). Usted pagará la penalidad si se encuentra sin Cubierta Acreditable por un periodo continuo de 63 días o más. Mientras más espere para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, más alta puede ser su penalidad.

Si usted tiene actualmente otra cubierta de medicamentos recetados a través de su patrono o grupo de retirados(o del de su cónyuge), su patrono o grupo de retirados debe enviar una notificación que diga que su cubierta de medicamentos es “Acreditable”. Si usted recibió en este año una notificación de que usted ya no tiene Cubierta Acreditable, considere añadir una cubierta de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuáles son mis opciones para obtener cubierta de medicamentos recetados de Medicare?

Si a usted le gustaría obtener una cubierta de medicamentos recetados de Medicare, usted tiene muchas opciones de planes. Puede obtener su cubierta de medicamentos recetados de Medicare afiliándose a otro plan de salud de Medicare con cubierta de medicamentos. Nuestra organización ofrece los siguientes planes de Medicare que incluyen cubierta de medicamentos: AHM_Clásico (HMO), AHM_Clásico Plus (HMO SNP), AHM_Opal (HMO POS), AHM_Estándar (HMO), and AHM_Platino Plus (HMO SNP). Para más información puede comunicarse con Servicios al Cliente al 1-888-620-1919 de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Usuario de TTY (audio impedidos) pueden llamar al 1-866-620-2520.

Para encontrar otros planes disponibles en su área visite la página de internet (<http://www.medicare.gov>). Escoja el botón de “Planes de Salud y Medicamentos” a la izquierda y luego escoja “Comparar Planes de Salud y Medicamentos.”) O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted se afilia a otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados de Medicare, se desafiliará de nuestro plan una vez su afiliación al nuevo plan comience.

¿Cuánto costará una cubierta de medicamentos recetados de Medicare?

La prima mensual para un plan de medicamentos recetados de Medicare puede variar dependiendo del plan. Usted podrá encontrar información acerca de los costos de Medicare en su página de internet (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY favor de comunicarse al 1-877-486-2048.

Datos importantes a tomar en cuenta sobre la prima de los planes:

- Si usted debe pagar una penalidad por afiliación tardía (porque estuvo al menos 63 días sin cubierta de medicamentos de la Parte D u otra cubierta acreditable en cualquier momento luego de que acabara el periodo inicial de afiliación a la Parte D), su prima mensual será la prima del plan *más* la cantidad de su penalidad por afiliación tardía.
- La mayoría de las personas pagan una prima estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional por su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000.00 o más por un individuo (o individuos en un matrimonio que rinde planillas separadas) o \$170,000.00 o más por matrimonio, deberá pagar una cantidad de prima adicional por su cubierta de la Parte D de Medicare. Si tiene que pagar una cantidad de prima adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta notificándole lo que será esa cantidad adicional. Para mas información acerca de la prima de la Parte D que esté basado en su ingreso, puede visitar la página de internet <http://www.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. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

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

¿Desea usted permanecer afiliado a AHM_Básico (HMO)?

Si desea mantener su afiliación a AHM_Básico (HMO) en el 2012, es muy fácil. No necesita notificarnos ni llenar algún documento. **Automáticamente permanecerá afiliado si no se afilia a un plan diferente o a Medicare Original.**

¿Desea hacer un cambio?

Si decide desafiliarse de AHM_Básico (HMO), puede cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente (con o sin cubierta de medicamentos recetados) o puede cancelar su afiliación al plan y cambiarse a Medicare Original (con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare).

Si desea cambiarse a un plan diferente, tiene muchas opciones. Si tiene acceso a internet, puede encontrar información acerca de planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Plan de Medicare en la página de internet de Medicare. (Para ver la información de los planes visite <http://www.medicare.gov>. Escoja el botón de “Planes de Salud y Medicamentos” a la izquierda y luego escoja “Comparar Planes de Salud y Medicamentos”). Además, puede obtener información acerca de los planes de parte de Medicare o del Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado. (Para los números a llamar, vea la Sección 7 de esta *Notificación Anual de Cambios*). Recuerde que American Health Medicare ofrece otros planes de cuidado de salud además del plan al que está afiliado. Estos otros planes pueden diferenciarse en la cubierta, prima mensual y cantidad de costo compartido.

¿Cuándo puede cambiarse a un plan diferente?

- Durante el **periodo de afiliación anual (llamado el “periodo anual de elección coordinada”)** desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011**, usted puede cambiar a otro plan de seguro de Medicare (con o sin cubierta de medicamentos recetados de Medicare) o puede cancelar su afiliación al plan y cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado). Su nueva cubierta comenzará el 1 de enero de 2012.
- Usted también tendrá **otro periodo de afiliación más limitado desde el 1 de enero al 14 de febrero de 2012**. Durante este periodo (llamado el “Periodo Anual de Desafiliación de Medicare Advantage”), usted puede cambiarse de AHM_Básico (HMO) a Medicare Original. Su cubierta comenzará el primer día del mes luego de haber recibido su solicitud para cambiar a Medicare Original.
 - Si usted decide cambiar a Medicare Original durante este periodo anual de desafiliación, tendrá hasta el 14 de febrero para afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare para añadir una cubierta de medicamentos. Su cubierta de medicamentos comenzará el primer día del mes luego de que su plan de medicamentos reciba su afiliación.
 - Para más información acerca de sus opciones en el periodo de desafiliación durante el 1 de enero hasta el 14 de febrero, favor de ver el Capítulo 8, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cubierta*.

¿Son estos los únicos momentos en el año en que se puede escoger un plan diferente?

Para la mayoría de las personas, si. Algunos individuos, tales como aquellos con Medicaid o quienes se mudan fuera del área de servicio, pueden hacer cambios en otros momentos. Puede haber situaciones en la que está permitido hacer cambios en el plan. Para más información, vea el Capítulo 8, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cubierta*.

¿Cómo hacer un cambio?

Vea el Capítulo 8 de la *Evidencia de Cubierta*. Le explica lo que debe hacer para cambiarse de AHM_Básico (HMO a otro plan.

Verifique lo siguiente antes de hacer algún cambio

- **¿Está usted afiliado a un plan por su patrono o grupo de retiro?** Si lo está, favor de verificar con el administrador de sus beneficios *antes de cambiar su plan*. Esto es importante ya que usted puede perder los beneficios que recibe actualmente bajo la cubierta de su patrono o grupo de retiro si usted cambia de planes.

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

Tenemos información y respuestas para usted

Si desea conocer más, lea la información que le enviamos en este mismo sobre con la *Notificación Anual de Cambios*. Esto incluye una copia de la *Evidencia de Cubierta*.

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_Básico (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