



## **Resumen de Beneficios**

### **AvMed Premier Care Enero 1, 2010 - Diciembre 31, 2010 Condado Broward**

*AvMed es una organización Medicare Advantage con contrato del Medicare*

## **Introducción al Resumen de Beneficios**

### **AVMED PREMIER CARE (HMO)**

**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**

### **CONDADO BROWARD**

---

Le agradecemos su interés en AvMed Premier Care (HMO). Nuestro plan es ofrecido por AVMED, INC./AvMed Medicare Preferred, una Organización Medicare Advantage para el Mantenimiento de la Salud (HMO). En este Resumen de Beneficios le explicamos algunos aspectos de nuestro plan, pero no todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor, llame a AvMed Premier Care (HMO) y pida el documento “Constancia de Cobertura”.

### **OPCIONES PARA SU ATENCIÓN MÉDICA**

---

Como beneficiario del Medicare usted puede escoger entre las diferentes opciones del Medicare. Una de esas opciones es el Plan Medicare Original (cobro por servicio). Otra alternativa es un plan médico del Medicare, como AvMed Premier Care (HMO). También están disponibles otras opciones. Usted es quien escoge. Independientemente de lo que decida, seguirá en el programa Medicare.

Usted puede inscribirse en el plan, o cancelarlo, sólo en ciertas ocasiones. Por favor, llame a AvMed Premier Care (HMO) al número telefónico indicado al final de esta introducción, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

### **¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?**

---

Con este Resumen de Beneficios usted puede hacer una comparación entre el plan AvMed Premier Care y el plan Medicare Original. En las tablas de este folleto incluimos algunos importantes beneficios médicos. Para cada beneficio, usted 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 beneficios adicionales que pueden cambiar cada año.

### **¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE EL PLAN AVMED PREMIER CARE (HMO)?**

---

Este plan ofrece sus servicios en el Condado Broward, Florida. Usted tiene que residir en el Condado Broward para poder inscribirse en el plan.

### **¿QUIÉN TIENE DERECHO A INSCRIBIRSE EN AVMED PREMIER CARE (HMO)?**

---

Usted puede inscribirse en AvMed Premier Care si tiene derecho a la Parte A y si está inscrito en la Parte B del Medicare y reside en el área de servicios. Sin embargo, las personas que padecen de una enfermedad renal en su etapa terminal no tienen derecho a inscribirse en AvMed Premier Care (HMO) a no ser que ya fueran afiliados de nuestra organización cuando comenzaron un tratamiento de diálisis.

### **¿PUEDO SELECCIONAR A MIS MÉDICOS?**

---

AvMed Premier Care (HMO) cuenta con una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede recibir los servicios de los médicos que participan en nuestra red. Los proveedores médicos de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir la actual Guía de Proveedores u obtener una lista

**Introducción al Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

---

actualizada de los proveedores de nuestra red en nuestro sitio Web [www.avmed.org](http://www.avmed.org). Al final de esta introducción incluimos el número telefónico de nuestro Departamento de Servicios al Cliente.

---

**¿QUÉ SUCEDE SI ME ATIENDO CON UN MÉDICO QUE NO PARTICIPA EN LA RED?**

---

Si se atiende con un médico fuera de nuestra red, tendrá que pagar sus servicios. Esos servicios no serán pagados por el plan AvMed Premier Care (HMO) ni por el plan Medicare Original.

---

**¿EL PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE LA PARTE B O D DEL MEDICARE?**

---

AvMed Premier Care (HMO) cubre tanto los medicamentos por receta de la parte B del Medicare como los de la parte D del Medicare.

---

**¿DÓNDE PUEDE OBTENER MIS MEDICAMENTOS POR RECETA SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?**

---

AvMed Premier Care (HMO) cuenta con una red de farmacias. Para recibir los beneficios del plan usted tiene que comprar sus medicamentos en una farmacia de nuestra red. Excepto en ciertos casos, usted tendrá que pagar sus medicamentos por receta si los compra en una farmacia fuera de la red. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir una Guía de Farmacias u obtener la lista de farmacias en <http://www.avmed.org/medicare/drug-list.asp>. Al final de esta introducción incluimos el número telefónico de nuestro Departamento de Servicios al Cliente.

---

**¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS POR RECETA?**

---

AvMed Premier Care (HMO) usa un formulario. El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por el plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente, podemos añadir, eliminar o cambiar las limitaciones de la cobertura de ciertos medicamentos o la cantidad que usted paga por un medicamento. Antes de hacer cambios en el formulario, notificaremos por escrito a los afiliados a los cuales vayan a afectar esos cambios. Le enviaremos el formulario, y también puede verlo completo en <http://www.avmed.org/medicare/drug-list.asp>.

Si está usando un medicamento no incluido en nuestro formulario o sujeto a requisitos adicionales o a límites, podría obtener un suministro temporal de ese medicamento. Puede comunicarse con nosotros para, con la ayuda de su médico, solicitar una excepción o cambiar su medicamento por otro que sí esté incluido en nuestro formulario. Llámenos para saber si puede obtener un suministro temporal de su medicamento o para más detalles sobre nuestra norma de transición de medicamentos.

---

**¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL PARA PAGAR LOS COSTOS DE MIS MEDICAMENTOS POR RECETA?**

---

Usted podría tener derecho a obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos por receta. Para saber si tiene derecho a la ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana;
- Administración del Seguro Social, 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre 7 a.m. y 7 p.m. Los usuarios

**Introducción al Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

---

del sistema TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778; o

- La oficina estatal del Medicaid de su localidad.

**¿DE QUÉ FORMA ME PROTEGE ESTE PLAN?**

---

Todos los planes Medicare Advantage establecen un acuerdo para permanecer en el programa durante un año completo. Cada año, los planes deciden si van a seguir otro año más. Aunque un plan Medicare Advantage deje el programa, usted no perderá la cobertura del Medicare. Si su plan decide no continuar en el programa, tiene que enviarle una carta al menos 90 días antes de que termine su cobertura. En la carta le explicarán las opciones para la cobertura del Medicare en su área.

Como afiliado de AvMed Premier Care (HMO) usted tiene el derecho de solicitar una determinación sobre la cobertura, en la cual se incluye el derecho de presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un artículo o servicios, y también el derecho de presentar una queja. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación sobre la cobertura si desea que le proporcionemos o paguemos un artículo o servicios que en su opinión debería estar cubierto. Si le denegamos la cobertura del artículo o servicio que solicitó, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que hagamos una revisión de nuestra decisión. Puede pedirnos una determinación sobre la cobertura o una apelación expedita (rápida) si cree que esperar por la decisión podría afectar gravemente su salud, poner en riesgo su vida o afectar su capacidad para recuperar al máximo una función corporal. Si su médico es quien hace o apoya la solicitud expedita, nosotros tenemos que proporcionar una decisión expedita. Finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja si tiene algún problema con nosotros o con uno de los proveedores de nuestra red que no sea por la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención médica, usted también tiene el derecho de presentar una queja en la Organización para Mejorar la Calidad (Quality Improvement Organization o QIO por sus siglas en inglés) del estado donde reside, que en la Florida se llama Florida Medical Quality Assurance, Inc. (FMQAI por sus siglas en inglés), 1-800-844-0795.

Como afiliado de AvMed Premier Care (HMO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación sobre la cobertura, en la cual se incluye el derecho de solicitar una excepción, y de presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un medicamento por receta, además de presentar una queja. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación sobre la cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que en su opinión deberíamos cubrir. Una excepción es un tipo de determinación sobre la cobertura. Usted puede pedirnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que podría adquirir un medicamento no preferido a un costo más bajo que la cantidad que le corresponde pagar. También puede pedirnos una excepción de las reglas de utilización de los costos, como la referente al límite de la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de comprar el medicamento por receta en una farmacia. Su médico tiene que proporcionar una nota que respalde su solicitud para una excepción. Si le denegamos la cobertura de un medicamento por receta, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que hagamos una revisión de nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de presentar una queja si tiene algún problema con nosotros o con una de las farmacias de nuestra red que no sea la cobertura de un medicamento por receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención médica, usted también tiene el derecho de presentar una queja en la Organización para Mejorar la Calidad (Quality Improvement Organization o QIO por sus siglas en inglés) del estado donde reside, que en la Florida se llama Florida Medical Quality Assurance, Inc. (FMQAI por sus siglas en inglés), 1-800-844-0795.

**Introducción al Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

---

**¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIAS DE MEDICACIONES?**

---

El programa de Administración de Terapias de Medicaciones es un servicio gratuito que podríamos ofrecer. Usted podría ser seleccionado para participar en un programa creado para satisfacer sus necesidades médicas y farmacéuticas. Quizás no desee participar, pero nuestra recomendación es que aproveche completamente las ventajas de ese beneficio cubierto en caso de que le seleccionen para participar. Comuníquese con AvMed Premier Care (HMO) para más detalles.

**¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS ESTARÍAN CUBIERTOS POR LA PARTE B DEL MEDICARE?**

---

La Parte B del Medicare podría cubrir algunos medicamentos por receta para pacientes externos como los siguientes, entre otros. Comuníquese con AvMed Premier Care (HMO) para más detalles.

- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona (incluso el propio paciente) que siga las instrucciones apropiadas y bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para ciertas mujeres que tienen el Medicare.
- Erythropoietin (Epoetin alfa o Epogen®): inyectable si la persona padece una enfermedad renal en su etapa terminal (fallo renal permanente para el cual se necesite diálisis o un trasplante) y necesita ese medicamento para el tratamiento de la anemia.
- Factores coagulantes para la hemofilia: factores coagulantes que el paciente puede usar por sí mismo.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos que le inyecten al paciente cuando le proporcionen un servicio médico.
- Medicamentos inmunosupresores: terapia con esos medicamentos en un centro certificado por el Medicare para pacientes de un trasplante pagado por el Medicare o por un seguro privado que sea el pagador primario de la cobertura de la Parte A del Medicare que tenga el paciente.
- Algunos medicamentos por vía oral para el cáncer: si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos por vía oral contra las náuseas: si el paciente tiene un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer; medicamentos para inhalar y para sueros proporcionados a través de DME.

**EVALUACIONES HECHAS AL PLAN**

---

El programa Medicare evalúa el desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, la detección y prevención de enfermedades, las evaluaciones que hacen los pacientes y el servicio a los afiliados). Si usted tiene acceso a la Web, podría usar las herramientas que le ofrecen en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar “Compare Medicare Prescription Drug Plans” (“Compare los Planes de Medicamentos por Receta del Medicare”) o “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” (“Compare los Planes Médicos y las Normas del Medigap en su Área”) para comparar la evaluación del plan con la de otros planes del Medicare en su área. También puede llamarnos directamente al (800)-782-8633 para obtener una copia de la evaluación de este plan. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al (877)-442-8633).

Por favor, llame a AvMed Medicare Preferred para más información sobre AvMed Premier Care (HMO).

**Introducción al Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

---

Visítenos en [www.avmed.org](http://www.avmed.org) o llámenos

Horario del Departamento de Servicios al Cliente:  
Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, las 24 horas

Los ya afiliados deben llamar al (800) 782-8633 para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage (TTY/DDT (877) 442-8633)

Los que desean inscribirse deben llamar al (800) 535-9355 para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage (TTY/DDT (877) 442-8633)

Los ya afiliados deben llamar localmente al (305) 671-5437, ext. 22147, para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage (TTY/DDT (877) 442-8633)

Los que desean inscribirse deben llamar al (305) 671-5437, ext. 21003, para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage (TTY/DDT (877) 442-8633)

Los ya afiliados deben llamar a la línea gratuita (800) 782-8633 para preguntas relacionadas con el programa de medicamentos por receta de la Parte D del Medicare (TTY/TDD (877) 442-8633).

Los que desean inscribirse deben llamar a la línea gratuita (800) 535-9355 para preguntas relacionadas con el programa de medicamentos por receta de la Parte D del Medicare (TTY/DDT (877) 442-8633)

Los ya afiliados deben llamar localmente al (305) 671-5437, ext. 22147, para preguntas relacionadas con el programa de medicamentos por receta de la Parte D del Medicare (TTY/TDD (877) 442-8633).

Los que desean inscribirse deben llamar localmente al (305) 671-5437, ext. 21003, para preguntas relacionadas con el programa de medicamentos por receta de la Parte D del Medicare (TTY/TDD (877) 442-8633).

Para más información sobre el Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la Web.

**Introducción al Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

---

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
-----------	-------------------	--------------------------

**INFORMACIÓN MPORTANTE**

**1 – Prima y otros datos importantes**

En el 2009 la prima mensual de la Parte B era \$96.40 y el deducible anual de la Parte B era \$135. Ambas cantidades cambiarán en el 2010.

Si un médico o proveedor no acepta asignaciones, frecuentemente los costos de sus servicios son más altos, lo que significa que usted paga más.

La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, a partir del 1ro de enero del 2010, algunas personas pagarán una prima mayor debido a sus ingresos anuales. (En el 2009 esa cantidad era \$85,000 para una persona y \$170,000 para parejas casadas. Esa cantidad podría cambiar en el 2010.) Para más información sobre las primas de la Parte B según los ingresos, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

**2 – Selección de médicos y hospitales**

Para más información, vea Atención de Emergencia (#15) y Atención de Urgencia (#16)

Puede atenderse con cualquier médico o especialista o en cualquier hospital que acepte el Medicare.

**General**

\$0 por la prima mensual del plan además de su prima mensual de la Parte B del Medicare.

**Dentro de la red**

La cantidad límite que a usted le corresponde pagar es \$3,400.

En esa cantidad límite están incluidos sólo los servicios cubiertos por el Medicare.

**Dentro de la red**

Tiene que atenderse con los médicos, especialistas y hospitales de la red.

Necesita que le remitan para recibir los servicios de hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<b>RESUMEN DE BENEFICIOS</b>		
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES INGRESADOS</b>		
<p><b>3 – Atención hospitalaria para pacientes ingresados</b></p> <p>(incluso servicios para abuso de sustancias y de rehabilitación)</p>	<p>En el 2009, las cantidades por cada período de beneficios eran:</p> <p>Del día 1 al 60: \$1,068 de deducible  Del día 61 al 90: \$267 diarios  Del día 91 al 150: \$534 por día de reserva vitalicia</p> <p>Estas cantidades cambiarán en el 2010.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los días de reserva vitalicia.</p> <p>Los días de reserva vitalicia sólo se pueden usar una vez.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada, y termina cuando no ha recibido servicios hospitalarios ni de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios comenzará cuando usted ingrese en un hospital después que termine el período de beneficios anterior. En cada período de beneficios usted tiene que pagar el deducible de hospital para pacientes ingresados. La cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitada.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Por ingresos hospitalarios cubiertos por el Medicare:</p> <p>Día 1 al 3: \$0 de copago diario  Día 4 al 23: \$125 de copago diario  Día 24 al 90: \$0 de copago diario  \$0 de copago por cada día adicional en un hospital.</p> <p>Cantidad ilimitada de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios.</p> <p>Excepto en caso de una emergencia, su médico tiene que comunicarle al plan que usted va a ingresar en un hospital.</p>
<p><b>4 - Atención de salud mental para pacientes ingresados</b></p>	<p>Usted paga el mismo deducible y los mismos copagos de la atención hospitalaria para pacientes ingresados (vea arriba “Atención hospitalaria para pacientes ingresados”).</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Por ingresos hospitalarios cubiertos por el Medicare:</p> <p>Día 1 al 10: \$100 de copago diario  Día 11 al 90: \$0 de copago diario</p> <p>El plan cubre 60 días de reserva</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
	Límite de 190 días de ingreso vitalicio en un hospital psiquiátrico.	vitalicia. Costo por cada día de reserva vitalicia: Día 1 al 10: \$100 de copago diario Día 11 al 60: \$0 de copago diario Usted tiene hasta 190 días vitalicios en un hospital psiquiátrico. Excepto en caso de una emergencia, su médico tiene que comunicarle al plan que usted va a ingresar en un hospital.
<b>5 - Centro de enfermería especializada</b> (centros de enfermería especializada certificados por el Medicare)	<p>En el 2009 las cantidades por cada período de beneficios después de al menos 3 días cubiertos de ingreso en un hospital eran:</p> <p>Del día 1 al 20: \$0 diarios  Del día 21 al 100: \$133.50 diarios</p> <p>Estas cantidades cambiarán en el 2010.</p> <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada, y termina cuando no ha recibido servicios hospitalarios ni de enfermería especializada durante 60 días consecutivos.</p> <p>Un nuevo período de beneficios comenzará cuando usted ingrese en un hospital después que termine el período de beneficios anterior. En cada período de beneficios usted tiene que pagar el deducible de hospital para pacientes ingresados. La cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitada.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Por ingresos en un centro de enfermería especializada:  Días 1 al 20: \$0 de copago diario  Días 21 al 100: \$133.50 de copago diario</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios.</p> <p>No es necesaria una hospitalización previa.</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<p><b>6 - Cuidados de la salud a domicilio</b>            (cuidados intermitentes de enfermería especializada que sean médicamente necesarios, servicios a domicilio de auxiliares de atención médica, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p><b>General</b>            Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b>            \$0 de copago por cada visita cubierta por el Medicare para cuidados de la salud a domicilio.</p>
<p><b>7 – Servicios de hospicio</b></p>	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes externos y de los servicios de relevo temporal de la persona que se ocupa de cuidarle.</p> <p>Tiene que recibir los servicios de un hospicio certificado por el Medicare.</p>	<p><b>General</b>            Usted tiene que recibir servicios de un hospicio certificado por el Medicare.</p>
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS</b>		
<p><b>8 - Consultas médicas</b></p>	<p>20% de coaseguro</p>	<p><b>General</b>            Vea "Exámenes físicos" para más información.</p> <p><b>Dentro de la red</b>            \$0 de copago por cada consulta con su médico de cabecera para los beneficios cubiertos por el Medicare.</p> <p>\$25 de copago por cada consulta de urgencia cubierta por el Medicare en el área de servicios y dentro de la red.</p> <p>De \$6 a \$50 de copago por cada consulta con un especialista para los beneficios cubiertos por el Medicare.</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<b>9 – Servicios de quiropráctica</b>	<p>Los cuidados de rutina no están cubiertos.</p> <p>20% de coaseguro por la manipulación manual de la columna vertebral para corregir luxaciones menores (desvío o mala alineación de una articulación o de otra parte del cuerpo) con quiroprácticos o con otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$25 copay for each Medicare-covered visit.</p> <p>Las consultas cubiertas por el Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una luxación menor (un desvío o una mala alineación de una articulación o de otra parte del cuerpo) con un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>
<b>10 – Servicios de podiatría</b>	<p>Los cuidados de rutina no están cubiertos.</p> <p>20% de coaseguro por los cuidados de los pies que sean médicamente necesarios, como los proporcionados para problemas médicos en las extremidades inferiores.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$25 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare.</p> <p>\$25 de copago por una consulta de rutina</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por el Medicare son para cuidados de los pies médicamente necesarios.</p>
<b>11 – Atención de salud mental para pacientes externos</b>	<p>45% de coaseguro por la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes externos.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$25 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por el Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por el Medicare.</p>
<b>12 - Atención para pacientes externos por abuso de sustancias</b>	<p>20% de coaseguro.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$25 de copago por cada sesión individual cubierta por el Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada sesión de grupo cubierta por el Medicare.</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<p><b>13 – Servicios y cirugías para pacientes externos</b></p>	<p>20% de coaseguro por los servicios de un médico.</p> <p>20% de los cargos del centro para pacientes externos.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$50 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>\$200 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.</p>
<p><b>14 – Servicios de ambulancia</b> (servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>20% de coaseguro.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$100 de copago por los beneficios de ambulancia cubiertos por el Medicare.</p>
<p><b>15 – Atención de emergencia</b> (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si tiene razones para creer que necesita atención de emergencia.)</p>	<p>20% de coaseguro por los servicios de un médico.</p> <p>20% de los cargos del centro, o el copago establecido para la consulta en una sala de emergencias.</p> <p>Usted no tiene que pagar el copago por los servicios en una sala de emergencias si dentro de los 3 días siguientes ingresa en el hospital por el mismo problema médico.</p> <p>NO hay cobertura fuera de los EE.UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b></p> <p>\$50 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare en una sala de emergencias.</p> <p>Cobertura mundial.</p> <p>Usted paga \$0 por la consulta en una sala de emergencias si ingresa en el hospital por el mismo problema médico dentro de las 24 horas siguientes.</p>
<p><b>16 – Atención de urgencia</b> (Este tipo de atención NO es de emergencia y, en la mayoría de los casos, se proporciona fuera del área de servicios)</p>	<p>20% de coaseguro o el copago establecido.</p> <p>NO hay cobertura fuera de los EE.UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b></p> <p>\$25 de copago por cada consulta de urgencia cubierta por el Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por la consulta en un centro de urgencias si ingresa en el hospital por el mismo problema médico dentro de las 24 horas</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
		siguientes.
<b>17 – Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b> (terapia ocupacional, física, del habla y del lenguaje)	20% de coaseguro.	<b>Dentro de la red</b> \$25 de copago por cada sesión de terapia ocupacional cubierta por el Medicare.  \$25 de copago por cada sesión de terapia física o del habla y del lenguaje cubierta por el Medicare
<b>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES EXTERNOS</b>		
<b>18 – Equipos médicos duraderos</b> (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de coaseguro.	<b>Dentro de la red</b> 20% del costo de cada artículo cubierto por el Medicare.
<b>19 - Prótesis</b> (como soportes, extremidades y ojos artificiales, etc.)	20% de coaseguro.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada artículo cubierto por el Medicare.
<b>20 - Instrucciones y suministros para el autocontrol de la diabetes, terapia de nutrición y suministros</b> (cobertura para monitores de glucosa, tiras para pruebas, lancetas, pruebas de detección e instrucciones para el autocontrol de la diabetes)	20% de coaseguro.  La terapia de nutrición es para las personas que padecen diabetes o una enfermedad renal (pero que no están en diálisis ni se han hecho un trasplante de riñón) y que han sido remitidas por un médico. Estos servicios pueden ser proporcionados por un dietista titulado o también pueden estar incluidos servicios de evaluación nutritiva y asesoramiento para ayudarle a controlar la diabetes o una enfermedad renal.	<b>Dentro de la red</b> De \$0 a \$25 de copago por las instrucciones para el autocontrol de la diabetes.  De \$0 a \$25 de copago por la terapia de nutrición para la diabetes.  De \$0 a \$35 de copago por los suministros para la diabetes.

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<p><b>21 – Pruebas diagnósticas, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b></p>	<p>20% de coaseguro por pruebas diagnósticas y rayos X.</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por el Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: el Medicare cubre los servicios de laboratorio para diagnósticos que son médicamente necesarios, que le ha indicado el médico que le proporciona tratamiento y que son proporcionados por un laboratorio con la certificación <i>Clinical Laboratory Improvement Amendment</i> (CLIA) que participa en el Medicare. Los servicios de laboratorio para diagnósticos ayudan a su médico a diagnosticarle una enfermedad o ha determinar que usted no padece una enfermedad. El Medicare no cubre la mayoría de las pruebas rutinarias de detección, como las del control del colesterol.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por el Medicare.</p> <p>De \$25 a \$100 de copago [o 20% del costo] por procedimientos y pruebas para diagnósticos cubiertos por el Medicare.</p> <p>\$25 de copago por los rayos X cubiertos por el Medicare.</p> <p>De \$25 a \$100 de copago [o 20% del costo] por servicios de radiología para diagnósticos cubiertos por el Medicare.</p> <p>De \$25 a \$100 de copago por servicios de radiología terapéutica cubiertos por el Medicare.</p>
<p><b>SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA</b></p>		
<p><b>22 – Medida de la masa ósea</b> (para personas con Medicare que corren el riesgo de perder masa ósea)</p>	<p>20% de coaseguro.</p> <p>Cubierta una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si usted padece ciertos problemas médicos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por cada medida de la masa ósea cubierta por el Medicare.</p>
<p><b>23 – Examen para detectar el cancer colorectal</b> (para personas con Medicare que tienen 50 años de edad o más)</p>	<p>20% de coaseguro.</p> <p>Cubierto si usted corre alto riesgo o si tiene 50 años de edad o más.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por cada examen cubierto por el Medicare para detectar el cáncer colorectal.</p> <p>Un examen adicional de detección por año.</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<p><b>24 - Inmunizaciones</b>  (vacunas contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B para personas que corren riesgo de padecer esa enfermedad y que tienen Medicare, vacuna contra la neumonía)</p>	<p>\$0 de copago por las vacunas contra la gripe y la neumonía.  20% de coaseguro por la vacuna contra la hepatitis B.  Es posible que usted necesite la vacuna contra la neumonía sólo una vez en la vida. Llame a su médico para más información.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago por las vacunas contra la gripe y la neumonía.  \$0 de copago por la vacuna contra la hepatitis B.  Para las vacunas contra la gripe y la neumonía no necesita que le remitan.</p>
<p><b>25 – Mamografía (prueba de detección anual)</b>  (para mujeres con Medicare que tienen 40 años de edad o más)</p>	<p>20% de coaseguro.  No necesita que la remitan.  Cubierta una vez al año para todas las mujeres con 40 años de edad o más que tienen Medicare. Una mamografía básica cubierta para mujeres de 35 a 39 años de edad que tienen Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago por cada mamografía de detección cubierta por el Medicare.  Una mamografía adicional de detección por año.</p>
<p><b>26 – Prueba Papanicolau y examen pélvico</b>  (para mujeres con Medicare)</p>	<p>\$0 de copago por las pruebas Papanicolau.  Cubierta una vez cada 2 años.  Cubierta una vez al año para mujeres con Medicare que corren alto riesgo.  20% de coaseguro por los exámenes pélvicos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago por cada prueba Papanicolau y examen pélvico cubiertos por el Medicare.  Una prueba Papanicolau y un examen pélvico adicionales por año.</p>
<p><b>27 – Examen para detectar el cáncer de próstata</b>  (para hombres con Medicare que tienen 50 años de edad o más)</p>	<p>20% de coaseguro por el examen rectal digital.  \$0 por la prueba PSA; 20% de coaseguro por otros servicios relacionados.  Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare que tienen 50 años de edad o más.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago por cada examen cubierto por el Medicare para detectar el cáncer de próstata.</p>
<p><b>28 – Enfermedad renal en su etapa terminal</b></p>	<p>20% de coaseguro por la diálisis renal.  20% de coaseguro por la terapia de nutrición para una enfermedad renal en su etapa terminal.</p>	<p><b>General</b>  Es posible que sean aplicables las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b></p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
		20% del costo de la diálisis renal.
	La terapia de nutrición es para las personas que padecen diabetes o una enfermedad renal (pero que no están en diálisis ni se han hecho un trasplante de riñón) y que han sido remitidas por un médico. Estos servicios pueden ser proporcionados por un dietista titulado o también pueden estar incluidos servicios de evaluación nutritiva y asesoramiento para ayudarle a controlar la diabetes o una enfermedad renal.	De \$0 a \$25 de copago por la terapia de nutrición para una enfermedad renal en su etapa terminal.
<b>29 – Medicamentos por receta</b>	La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por el Medicare Original. Usted puede añadir una cobertura de medicamentos por receta al Medicare Original si se inscribe en un Plan de Medicamentos por Receta del Medicare; o puede obtener toda la cobertura del Medicare, incluso la de medicamentos por receta si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en Plan de Costos del Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos por receta.	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B del Medicare</b></p> <p><b>General</b></p> <p>20% del costo de los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B y de otros medicamentos también cubiertos por la Parte B.</p> <p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D del Medicare</b></p> <p><b>General</b></p> <p>Este plan usa un formulario. Del plan le enviarán el formulario. Usted también puede ver el formulario en la Web si visita <a href="http://www.avmed.org/medicare/drug-list.asp">http://www.avmed.org/medicare/drug-list.asp</a></p> <p>Las personas en las siguientes circunstancias quizás tengan que pagar diferentes costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-personas con ingresos limitados</li> <li>-personas que residen en centros de cuidados a largo plazo</li> <li>-personas que tienen acceso a a los servicios tribales o urbanos para amerindios (Servicios de Atención Médica para Amerindios).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

---

<b>Beneficio</b>	<b>Medicare Original</b>	<b>AvMed Premier Care (HMO)</b>
------------------	--------------------------	---------------------------------

---

dentro de la red para medicamentos por receta (incluidos los 50 estados y el distrito federal). Eso significa que usted pagará la misma parte del costo compartido por sus medicamentos por receta si los adquiere en una farmacia de la red, pero fuera del área de servicios del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).

El total de los costos anuales de sus medicamentos por receta son los costos que pagan usted y el plan.

En el plan podrían pedirle que usted primero use un medicamento específico para el tratamiento de su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para el mismo fin.

Hay cantidades límites para ciertos medicamentos.

Para ciertos medicamentos su proveedor primero tiene que obtener la autorización de AvMed Premier Care. (HMO)

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
<b>29 - Prescription Drugs,</b> <b>continued</b>		<p data-bbox="1045 318 1523 864">Usted tiene que adquirir algunos medicamentos específicos en ciertas farmacias debido a que la mayoría de las farmacias de la red no pueden cumplir con los requisitos sobre manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones al paciente para el uso de esos medicamentos. Dichos medicamentos están incluidos en el sitio Web del plan, en el formulario y en documentos impresos, así como en el localizador de los Planes de Medicamentos por Receta del Medicare en Medicare.gov</p> <p data-bbox="1045 908 1523 1050">Si el costo real de un medicamento es menor que el costo compartido de ese medicamento, usted pagará el costo real y no la cantidad mayor.</p> <p data-bbox="1045 1072 1523 1214">Si usted solicita una excepción de nivel en este plan, tendrá que pagar la cantidad del costo compartido en el Nivel 3.</p> <p data-bbox="1045 1236 1268 1264"><b>Dentro de la red</b></p> <p data-bbox="1045 1290 1256 1319">\$0 de deducible.</p> <p data-bbox="1045 1345 1523 1487">Algunos medicamentos cubiertos no cuentan para los costos que a usted le corresponde pagar por sus medicamentos.</p> <p data-bbox="1045 1509 1284 1537"><b>Cobertura inicial</b></p> <p data-bbox="1045 1563 1523 1662">Usted paga lo siguiente hasta que el total anual de los costos de sus medicamentos sea \$2,830:</p> <p data-bbox="1045 1727 1458 1755"><b>Farmacias de ventas al detalle</b></p> <p data-bbox="1045 1782 1138 1810"><i>Nivel 1</i></p> <p data-bbox="1045 1836 1523 1935">-\$7 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel.</p> <p data-bbox="1045 1956 1523 2055">-\$21 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel.</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
		<p><i>Nivel 2</i></p> <p>-\$35 de copago por el suministro para un mes (30 días de los medicamentos en este nivel</p> <p>-\$105 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 3</i></p> <p>-\$70 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>-\$210 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 4</i></p> <p>-33% de coaseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><b>Farmacia de medicamentos para cuidados a largo plazo</b></p> <p><i>Nivel 1</i></p> <p>-\$7 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 2</i></p> <p>-\$35 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 3</i></p> <p>-\$70 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 4</i></p> <p>-33% de coaseguro por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><b>Pedidos por correo</b></p> <p><i>Nivel 1</i></p> <p>-\$21 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
		<p>medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 2</i></p> <p>-\$105 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><i>Nivel 3</i></p> <p>-\$210 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p><b>Interrupción temporal de la cobertura</b></p> <p>El plan cubre todos los medicamentos genéricos (100% de los medicamentos genéricos incluidos en el formulario) durante la interrupción temporal de la cobertura.</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p> <p><b>Farmacias de ventas al detalle</b></p> <p><i>Nivel 1</i></p> <p>-\$7 de copago por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>-\$21 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p><b>Farmacias de medicamentos para cuidados a largo plazo</b></p> <p><i>Nivel 1</i></p> <p>-\$7 de copago por el suministro para un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p><b>Pedidos por correo</b></p> <p><i>Nivel 1</i></p> <p>-\$21 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

<b>Beneficio</b>	<b>Medicare Original</b>	<b>AvMed Premier Care (HMO)</b>
		<p data-bbox="1045 318 1511 570">Por todos los otros medicamentos cubiertos, después que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted paga 100% hasta que los costos que le corresponde pagar anualmente por sus medicamentos lleguen a \$4,550.</p> <p data-bbox="1045 591 1357 620"><b>Cobertura catastrófica</b></p> <p data-bbox="1045 646 1520 821">Después que el total de los costos anuales que le corresponde pagar por sus medicamentos llegue a \$4,550, usted pagará la cantidad que sea mayor entre las siguientes:</p> <ul data-bbox="1045 832 1520 1043" style="list-style-type: none"><li>- \$2.50 de copago por medicamentos genéricos (incluso por medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos, o</li><li>- 5% de coaseguro.</li></ul> <p data-bbox="1045 1087 1252 1116"><b>Fuera de la red</b></p> <p data-bbox="1045 1142 1511 1720">Los medicamentos del plan podrían estar cubiertos en circunstancias especiales, como una enfermedad mientras está viajando en un área donde no hay farmacias de la red. Usted podría pagar más que la cantidad del costo compartido que paga usualmente si adquiere sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar en la farmacia el costo total de lo que le cobren por el medicamento y enviarle la documentación a AvMed Premier Care (HMO) para recibir el reembolso.</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
		<p data-bbox="1047 318 1490 347"><b>Cobertura inicial fuera de la red</b></p> <p data-bbox="1047 373 1511 585">Hasta que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$2,830, se le reembolsará el costo total anual de los medicamentos que compre fuera de la red, menos lo siguiente:</p> <p data-bbox="1047 609 1138 637"><i>Nivel 1</i></p> <p data-bbox="1047 657 1516 755">-\$7 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p data-bbox="1047 779 1138 808"><i>Nivel 2</i></p> <p data-bbox="1047 827 1468 926">-\$35 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p data-bbox="1047 950 1138 978"><i>Nivel 3</i></p> <p data-bbox="1047 998 1468 1096">-\$70 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p data-bbox="1047 1120 1138 1148"><i>Nivel 4</i></p> <p data-bbox="1047 1168 1516 1266">-33% de coaseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p data-bbox="1047 1290 1425 1360"><b>Interrupción temporal de la cobertura fuera de la red</b></p> <p data-bbox="1047 1384 1507 1482">Si compra esos medicamentos fuera de la red se le reembolsará el costo total menos lo siguiente:</p> <p data-bbox="1047 1506 1138 1535"><i>Nivel 1</i></p> <p data-bbox="1047 1555 1516 1653">-\$7 de copago por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p data-bbox="1047 1677 1138 1705"><i>Nivel 2</i></p> <p data-bbox="1047 1725 1523 2011">- Después que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted pagará 100% del cobro total de la farmacia por los medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos anuales que le corresponde pagar por sus medicamentos lleguen a \$4,550.</p> <p data-bbox="1047 2022 1507 2050">Durante la interrupción temporal de</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
		<p>la cobertura AvMed Premier Care (HMO) no le reembolsará las compras fuera de la red. Sin embargo, deberá enviar las pruebas de sus compras a AvMed Premier Care (HMO) para que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a los costos totales que usted pagó en el año.</p> <p><i>Nivel 3</i></p> <p>- Después que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted pagará 100% del cobro total de la farmacia por los medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos anuales que le corresponde pagar por sus medicamentos lleguen a \$4,550. Durante la interrupción temporal de la cobertura AvMed Premier Care (HMO) no le reembolsará las compras fuera de la red. Sin embargo, deberá enviar las pruebas de sus compras a AvMed Premier Care (HMO) para que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a los costos totales que usted pagó en el año.</p> <p><i>Nivel 4</i></p> <p>- Después que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$2,830, usted pagará 100% del cobro total de la farmacia por los medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos anuales que le corresponde pagar por sus medicamentos lleguen a \$4,550. Durante la interrupción temporal de la cobertura AvMed Premier Care (HMO) no le reembolsará las compras fuera de la red. Sin embargo, deberá enviar las pruebas de sus compras a AvMed Premier Care (HMO) para que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a los costos totales</p>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
-----------	-------------------	--------------------------

que usted pagó en el año.

**Cobertura catastrófica fuera de la red**

Después que el total de los costos anuales que usted paga llegue a \$4,550, se le reembolsará el costo total de los medicamentos comprados fuera de la red menos lo siguientes:

- \$2.50 de copago por medicamentos genéricos (incluso por medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos, o
- 5% de coaseguro.

**30 – Servicios dentales**

Los servicios dentales preventivos (como las limpiezas) no están cubiertos.

**Dentro de la red**

En general, los beneficios dentales preventivos (como las limpiezas) no están cubiertos.

-\$25 de copago por beneficios dentales cubiertos por el Medicare.

**31 – Servicios para la audición**

Los exámenes rutinarios de la audición y los audífonos no están cubiertos.

**Dentro de la red**

En general, los exámenes rutinarios de la audición y los audífonos no están cubiertos.

-\$25 de copago por exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por el Medicare.

**32 – Servicios para la vista**

20% de coaseguro por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de los ojos.

**Dentro de la red**

-\$10 de copago por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Los exámenes rutinarios de la vista y los espejuelos no están cubiertos.

-\$25 de copago por exámenes para el diagnóstico y tratamiento de

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

Beneficio	Medicare Original	AvMed Premier Care (HMO)
	<p>El Medicare paga un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Las pruebas anuales para la detección del glaucoma están cubiertas para las personas que corren riesgo de padecer esa enfermedad.</p>	<p>enfermedades y problemas medicos de los ojos.</p> <p>-\$25 de copago por exámenes rutinarios de la vista</p> <p>-\$10 de copago por un par de espejuelos anuales.</p>
<b>33 – Exámenes físicos</b>	<p>20% de coaseguro por un examen dentro de los primeros 12 meses siguientes a la fecha de vigencia de su nueva cobertura de la Parte B del Medicare.</p> <p>Cuando usted recibe la Parte B del Medicare, se puede hacer un examen físico dentro de los primeros 12 meses siguientes a la fecha de vigencia de su nueva cobertura de la Parte B del Medicare. En la cobertura no están incluidas las pruebas de laboratorio.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>-\$0 de copago por exámenes de rutina.</p> <p>Cantidad ilimitada de exámenes cubiertos.</p>
<b>34 - Instrucciones para la salud y el bienestar físico</b>	<p>Servicios para dejar el hábito de fumar: cubiertos o indicados por su médico. Incluidos dos sesiones de asesoramientos dentro de un período de 12 meses si le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el hábito de fumar o si está usando un medicamento que pudiera afectarse con el tabaco. Cada sesión de asesoramiento consta de cuatro sesiones personales. Usted paga un coaseguro y el deducible de la Parte B.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Este plan cubre los siguientes beneficios para la salud y el bienestar físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrucciones para la salud por escrito, como los boletines informativos</li> <li>- Inscripción en un gimnasio y clases de ejercicios físicos</li> <li>- Línea directa de enfermería</li> <li>- \$ 0 de copago por cada sesión de asesoramiento cubierta por el Medicare para dejar el hábito de fumar</li> </ul>

**Resumen de Beneficios**  
**AVMED PREMIER CARE (HMO)**  
**Enero 1, 2010 – Diciembre 31, 2010**  
**CONDADO BROWARD**

<b>Beneficio</b>	<b>Medicare Original</b>	<b>AvMed Premier Care (HMO)</b>
<b>Transporte</b> (de rutina)	Sin cobertura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina.
<b>Acupuntura</b>	Sin cobertura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre la acupuntura.