
Resumen de Beneficios

Planes médicos que
toman en cuenta **su bienestar.**

AvMED
MEDICARE

Le agradecemos su interés en AvMed Medicare Choice (HMO).

Nuestro plan es ofrecido por AVMED, INC/AvMed Medicare, 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 Medicare Choice (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 Medicare Choice (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. Para más información, por favor, llame a AvMed Medicare Choice (HMO) al número telefónico indicado al final de esta introducción o al **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.)

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Con este Resumen de Beneficios usted puede hacer una comparación entre el plan AvMed Medicare Choice (HMO) 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 MEDICARE CHOICE (HMO)?

Este plan ofrece sus servicios en los condados Miami-Dade y Broward, Florida. Usted tiene que residir en uno de éstas dos áreas para poder inscribirse en el plan AvMed Medicare Choice (HMO).

¿QUIÉN TIENE DERECHO A INSCRIBIRSE EN AVMED MEDICARE CHOICE (HMO)?

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

¿PUEDO SELECCIONAR A MIS MÉDICOS?

AvMed Medicare Choice (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 el Directorio de Proveedores actual. Para una lista actualizada visítenos en **www.avmed.org**. Al final de esta introducción incluimos el número telefónico de nuestro Departamento de Servicios al Cliente.

Resumen de Beneficios

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

Si escoge atenderse con un médico fuera de nuestra red tendrá que pagar sus servicios, excepto en pocos casos (por ejemplo, atención en una sala de emergencias). Esos servicios no serán pagados por nuestro plan ni por el plan Medicare Original.

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

AvMed Medicare Choice (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, no pagaríamos sus medicamentos por receta si los compra en una farmacia fuera de la red.

Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Para obtener el Directorio de Farmacias puede llamar a nuestro Departamento de Servicios a los Afiliados o visitarnos en www.avmed.org. Al final de esta introducción incluimos el número telefónico de nuestro Departamento de Servicios a los Afiliados.

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

AvMed Medicare Choice (HMO) cubre los medicamentos por receta de las partes B y D del Medicare.

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS POR RECETA?

AvMed Medicare Choice (HMO) usa un formulario. El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por nuestro plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente podemos añadir, eliminar o cambiar las limitaciones de la cobertura de ciertos medicamentos, o cambiar la cantidad que usted paga por un medicamento. Antes de hacer algún cambio en el formulario que

afecte la capacidad de nuestros afiliados para adquirir sus medicamentos por receta, notificaremos a los afiliados afectados. Le enviaremos el formulario, el cual puede ver completo en nuestro sitio Web 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 LOS MEDICAMENTOS POR RECETA DE MI PLAN U OTROS COSTOS DEL MEDICARE?

Usted podría tener derecho a obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos por receta, así como otros costos del Medicare. 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; también se puede visitar el sitio www.medicare.gov para ver la sección Programs for People with Limited Income and Resources (Programas para Personas con Ingresos y Recursos Limitados) en la publicación Medicare & You (Medicare y Usted).
- La Administración del Seguro Social, **1-800-772-1213**, de lunes a viernes entre 7 a.m. y 7 p.m. Los usuarios del sistema TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778; o

- La oficina estatal del Medicaid.

¿DE QUÉ FORMA ME PROTEGE ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage establecen un acuerdo para permanecer en el programa durante un año completo. Los beneficios y los costos compartidos del plan podrían cambiar de un año civil a otro. Cada año, los planes pueden decidir si van a seguir participando en Medicare Advantage. Un plan podría continuar en toda su área de servicios (área geográfica en la que el plan acepta afiliados) o escoger seguir sólo en ciertas zonas. Además, el Medicare podría decidir si da por terminado su contrato con un plan. Aunque el plan Medicare Advantage al que usted pertenece deje el programa, usted no perderá la cobertura del Medicare. Si su plan decide no continuar en el programa durante otro año civil, 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 Medicare Choice (HMO) usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización, en lo cual está incluido 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 de la organización 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 o apelación expedita (rápida) sobre la cobertura si cree que esperar por la decisión podría poner en riesgo su salud o 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 tomar 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. Por favor, consulte la Constancia de Cobertura para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO.

Como afiliado de AvMed Medicare Choice (HMO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación sobre la cobertura, en lo cual se incluye el derecho de solicitar una excepción, de presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un medicamento por receta y 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 podría 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 su medicamento por receta en una farmacia. Su médico tiene que proporcionar una declaración 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, usted tiene el derecho de presentar una queja si tiene

Resumen de Beneficios

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, 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. Por favor, consulte la Constancia de Cobertura para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIAS CON MEDICAMENTOS?

El programa de Administración de Terapias con Medicamentos es un servicio gratuito que le ofrecemos. A usted se le podría invitar a que participe en un programa creado para satisfacer sus necesidades médicas y farmacéuticas. Quizás no desee participar, pero es recomendable que aproveche completamente las ventajas de ese servicio cubierto en caso de que le seleccionen para participar. Comuníquese con AvMed Medicare Choice (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 Medicare Choice (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 usted padece una enfermedad renal en su etapa

terminal (fallo renal permanente para el cual necesite diálisis o un trasplante) y necesita ese medicamento para el tratamiento de la anemia

- Factores coagulantes para la hemofilia: factores coagulantes que usted puede usar por sí mismo
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos que le inyectan cuando le proporcionan 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
- 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 usted tiene un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer
- Medicamentos para inhalar y para sueros proporcionados a través de DME

¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LAS 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 los servicios a los afiliados). Si usted tiene acceso a la Web, podría usar las herramientas que le ofrecen en www.medicare.gov y seleccionar "Health and Drug Plans" (Planes Médicos y de Medicamentos") y después "Compare Drug and Health Plans" ("Compare los Planes de Medicamentos y los Planes Médicos") para comparar las evaluaciones hechas a los planes del Medicare en el área.

Resumen de Beneficios

También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las evaluaciones hechas a este plan. El número telefónico de nuestro Departamento de Servicios a los Afiliados está incluido abajo.

Por favor, llame a AvMed Medicare para más información sobre AvMed Medicare Choice (HMO).

Visítenos en **www.avmed.org** o llámenos: Horario del Departamento de Servicios a los Afiliados (de lunes a domingo, las 24 horas del día).

Los ya afiliados deben llamar a la línea gratuita **1-800-782-8633** para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD 1-877 442-8633).

Los posibles afiliados deben llamar a la línea gratuita **1-800-535-9355** para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD 1-877-442-8633).

Los ya afiliados deben llamar localmente al **305-671-5437, ext. 22147** para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD 1-877-442-8633).

Los posibles afiliados deben llamar localmente al **305-671-5437, ext. 21003** para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD 1-877-442-8633).

Los ya afiliados deben llamar a la línea gratuita **1-800-782-8633** para preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos por Receta de la Parte D del Medicare. (TTY/TDD 1-877 442-8633).

Los posibles afiliados deben llamar a la línea gratuita **1-800-535-9355** para preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos por Receta de la Parte D del Medicare. (TTY/TDD 1-877-442-8633).

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 1-877-442-8633).

Los posibles afiliados 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 1-877-442-8633).

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. Se puede llamar las 24 horas del día y los 7 días de la semana. O visitar **www.medicare.gov** en la Web.

Este documento podría estar disponible en formatos como Braille, letras grandes u otros formatos alternativos. Este documento podría estar disponible en otros idiomas. Para más información llame a Servicios al Cliente a uno de los teléfonos indicados antescontamos con un servicio de interpretación gratuito.

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>1 - Prima y otros datos importantes</p>	<p>En el 2011 la prima mensual de la Parte B era \$96.40, la cual podría cambiar en el 2012 y el deducible anual de la Parte B era \$162 y podrían cambiar en el 2012.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta asignaciones, frecuentemente los costos de sus servicios son más altos, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B según los ingresos, llame al Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También se puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>General</p> <p>\$0 por la prima mensual del plan además de su prima mensual de la Parte B del Medicare.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de la prima de su plan Medicare Advantage. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor por las partes B y D debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de las partes B y D según los ingresos, llame al Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También se puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Límite de \$3,400 para los gastos que le corresponde pagar al afiliado por los servicios cubiertos por el Medicare.</p>
<p>2 – Selección de médicos y hospitales</p> <p>Para más información, vea Atención de Emergencia (#15) y Atención de Urgencia (#16)</p>	<p>Puede atenderse con cualquier médico o especialista o en cualquier hospital que acepte el Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Tiene que atenderse con los médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Necesita que le remitan para recibir los servicios de hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>3 – Atención hospitalaria para pacientes ingresados (incluso servicios para el abuso de sustancias y de rehabilitación)</p>	<p>En el 2011, las cantidades por cada período de beneficios eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del día 1 al 60: \$1,132 de deducible • Del día 61 al 90: \$283 diarios • Del día 91 al 150: \$566 por día de reserva vitalicia <p>Estas cantidades podrían cambiar en el 2012.</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.</p> <p>Un nuevo período de beneficios comienza cuando ingresa en un hospital después que termina 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>Dentro de la red</p> <p>Sin límite de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios.</p> <p>Por ingresos hospitalarios cubiertos por el Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día 1 al 5: \$0 de copago diario • Día 6 al 23: \$100 de copago diario • Día 24 al 90: \$0 de copago diario • \$0 de copago por cada día adicional de ingreso en un hospital <p>Excepto en caso de una emergencia, su médico tiene que comunicarle al plan que usted va a ingresar en un hospital.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>4 - Atención de salud mental para pacientes ingresados</p>	<p>El mismo deducible y los mismos copagos de la atención hospitalaria para pacientes ingresados (vea arriba "Atención hospitalaria para pacientes ingresados").</p> <p>Límite de 190 días de ingreso vitalicio en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Usted puede recibir hasta 190 días vitalicios de atención en un hospital psiquiátrico como paciente ingresado</p> <p>Los servicios de un hospital psiquiátrico para los pacientes ingresados cuentan para el límite de 190 días vitalicios sólo si se cumplen ciertas condiciones. Ese límite no es aplicable a los servicios psiquiátricos proporcionados en hospital general.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted tiene hasta 190 días vitalicios en un hospital psiquiátrico. Los servicios de un hospital psiquiátrico para los pacientes ingresados cuentan para el límite de 190 días vitalicios sólo si se cumplen ciertas condiciones. Ese límite no es aplicable a los servicios psiquiátricos proporcionados en hospital general.</p> <p>Por ingresos cubiertos por el Medicare en un hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día 1 al 10: \$150 de copago diario • Día 11 al 90: \$0 de copago diario <p>El plan cubre 60 días de reserva vitalicia. Costo por cada día de reserva vitalicia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día 1 al 10: \$150 de copago diario • Día 11 al 60: \$0 de copago diario <p>Excepto en caso de una emergencia, su médico tiene que comunicarle al plan que usted va a ingresar en un hospital.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>5 - Centro de enfermería especializada (centros de enfermería especializada certificados por el Medicare))</p>	<p>En el 2011 las cantidades por cada período de beneficios después de al menos 3 días cubiertos de ingreso en un hospital eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del día 1 al 20: \$0 diarios • Del día 21 al 100: \$141.50 diarios <p>Estas cantidades podrían cambiar en el 2012.</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>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios.</p> <p>No es necesaria una hospitalización previa.</p> <p>Por ingreso en un centro de enfermería especializada cubierto por el Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago diario • Días 21 al 100: \$135 de copago diario
<p>6 - Cuidados de la salud a domicilio (cuidados médicamente necesarios e intermitentes de enfermería especializada, servicios a domicilio de auxiliares de atención médica, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por visitas cubiertas por el Medicare para cuidados de la salud a domicilio.</p>
<p>7 - Servicios de Hospicio</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>General</p> <p>Tiene que recibir servicios de un hospicio certificado por el Medicare. Su plan pagará una visita de consulta antes de que usted seleccione un hospicio.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
8 - Consultas médicas	20% de coaseguro	<p>Dentro de la red</p> <p>\$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>\$0 a \$25 de copago por cada consulta con un especialista para los beneficios cubiertos por el Medicare.</p>
9 - Servicios de quiropráctica	<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</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$5 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare.</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>
10 - Servicios de podiatría	<p>Los cuidados suplementarios 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>Dentro de la red</p> <p>\$5 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare.</p> <p>\$5 de copago por una consulta suplementaria de rutina</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por el Medicare son para cuidados de los pies médicamente necesarios.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>11 - Atención de salud mental para pacientes externos</p>	<p>40% de coaseguro por la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes externos.</p> <p>Copago específico por los servicios del programa de hospitalización parcial para pacientes externos proporcionados por un hospital o centro comunitario de salud mental. El copago no puede ser mayor que el deducible de la Parte A para la atención hospitalaria de los pacientes ingresados.</p> <p>El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes externos, el cual es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y constituye una alternativa de la hospitalización parcial.</p>	<p>General</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$15 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> <p>\$15 de copago por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por el Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada consulta de terapia de grupo con un psiquiatra cubierta por el Medicare.</p> <p>\$15 de copago por los servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por el Medicare.</p>
<p>12 - Atención para pacientes externos por abuso de sustancias</p>	<p>20% de coaseguro</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$15 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>
<p>13 - Servicios y cirugías para pacientes externos</p>	<p>20% de coaseguro por los servicios de un médico.</p> <p>Copago específico por los cargos del centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>El copago no puede ser mayor que el deducible de la Parte A por la atención hospitalaria para pacientes ingresados.</p> <p>20% de los cargos del centro de cirugía ambulatoria para pacientes externos.</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$25 a \$100 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>\$25 a \$100 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>14 - Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>20% de coaseguro</p>	<p>General Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>In-Network \$100 de copago por los beneficios de ambulancia cubiertos por el Medicare.</p>
<p>15 - Atención de emergencia (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>Copago específico por el cargo de la sala de emergencias en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>El copago por los servicios de emergencia no puede ser mayor que el deducible de la Parte A por la atención hospitalaria para pacientes ingresados por cada servicio proporcionado por el hospital.</p> <p>Usted no tiene que pagar el copago por la sala de emergencias si ingresa en el hospital por el mismo problema médico dentro de los 3 días siguientes.</p> <p>No hay cobertura fuera de los EE.UU. excepto en algunos casos.</p>	<p>General \$65 de copago por cada consulta cubierta por el Medicare en una sala de emergencias. Cobertura mundial. 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>16 - Atención de urgencia (Este tipo de atención NO es de emergencia y en la mayoría de los casos se recibe 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 algunos casos.</p>	<p>General \$25 de copago por cada consulta de urgencia cubierta por el Medicare. 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 siguientes.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
17 - Servicios de rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, física, del habla y del lenguaje)	20% de coaseguro	General \$5 de copago por cada sesión de terapia ocupacional cubierta por el Medicare. \$5 de copago por cada sesión de terapia física y (o) del habla y del lenguaje cubierta por el Medicare.
18 - Equipos médicos duraderos (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de coaseguro	General Podrían ser aplicables las reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo de cada artículo cubierto por el Medicare.
19 - Prótesis (como soportes, extremidades y ojos artificiales, etc.)	20% de coaseguro	Dentro de la red \$0 de copago por cada artículo cubierto por el Medicare.
20 - Programas y suministros para la diabetes	20% de coaseguro por las instrucciones para el autocontrol de la diabetes. 20% de coaseguro por los suministros para la diabetes 20% de coaseguro por zapatos o soportes terapéuticos para diabéticos.	Dentro de la red \$0 de copago por las instrucciones para el autocontrol de la diabetes. 20% del costo de los suministros para el control de la diabetes. 20% del costo de los zapatos o soportes terapéuticos para diabéticos. Si un médico le proporciona servicios, además de las instrucciones para el autocontrol de la diabetes, podría ser aplicable un costo compartido por separado de \$0 a \$25.

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>21 - Pruebas diagnósticas, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>20% de coaseguro por pruebas diagnósticas y rayos X.</p> <p>\$0 de copago por los 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 Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) y que participa en el Medicare.</p> <p>Los servicios de laboratorio para diagnósticos ayudan a su médico a diagnosticar una enfermedad o a 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>20% de coaseguro por un examen digital rectal y otros servicios relacionados.</p> <p>Cubierto una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años de edad que tienen Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por el Medicare.</p> <p>\$0 a \$100 de copago 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>\$25 a \$100 de copago (o 20% del costo) por servicios de radiología para diagnósticos cubiertos por el Medicare (no están incluidos los rayos X).</p> <p>\$50 de copago por servicios terapéuticos de radiología cubiertos por el Medicare.</p> <p>Si un médico le proporciona servicios, además de los procedimientos diagnósticos, las pruebas y los servicios de laboratorio, podría ser aplicable un costo compartido por separado de \$0 a \$25.</p> <p>Si un médico le proporciona servicios, además del diagnóstico y los servicios de radiología terapéutica, podría ser aplicable un costo compartido por separado de \$0 a \$25.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>22 - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</p>	<p>20% de coaseguro por servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>20% de coaseguro por servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>20% de coaseguro por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Esto es aplicable a los servicios del programa proporcionado en un consultorio médico.</p> <p>Costo compartido específico por los servicios del programa proporcionado en el departamento para pacientes externos de los hospitales.</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$5 de copago por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por el Medicare.</p> <p>\$5 de copago por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por el Medicare.</p> <p>\$5 de copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por el Medicare.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>23 - Servicios preventivos y programas preventivos y de instrucciones (continuación)</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal – Medida de la masa ósea: cubierta una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si usted padece ciertos problemas médicos – Prueba de detección cardiovascular – Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal: cubierta una vez cada dos años; cubierta una vez al año para mujeres con alto riesgo que tienen el Medicare – Prueba de detección del cáncer colorectal – Prueba de detección de la diabetes – Vacuna contra la gripe – Vacuna contra la hepatitis B para personas con alto riesgo que tienen el Medicare – Prueba de detección del VIH: \$0 de copago por la prueba de detección del VIH, pero usted generalmente paga 20% de la cantidad aprobada por el Medicare para la consulta médica; la prueba de detección del VIH está cubierta para las mujeres embarazadas que tienen el Medicare y para las personas con mayor riesgo de infección, incluso cualquiera que solicite la prueba; el Medicare cubre esa prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo 	<p>General</p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos por el Medicare Original sin costos compartidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal – Medida de la masa ósea – Prueba de detección cardiovascular – Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal (prueba Papanicolau y examen pélvico) – Prueba de detección del cáncer colorectal – Prueba de detección de la diabetes – Vacuna contra la gripe – Vacuna contra la hepatitis B – Prueba de detección del VIH – Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía) – Servicios médicos de terapia de nutrición – Servicios del plan personalizado de prevención (consultas anuales de prevención) – Vacuna contra la neumonía – Prueba de detección del cáncer de próstata. (sólo prueba del Antígeno Específico en la Próstata, o PSA por sus siglas en inglés)

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>23 - Servicios preventivos y programas preventivos y de instrucciones (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía): el Medicare cubre una mamografía de detección cada 12 meses para todas las mujeres de 40 años de edad y más que tienen Medicare; el Medicare cubre una mamografía básica para mujeres de 35 a 39 años de edad – Servicios médicos de terapia de nutrición: la terapia de nutrición es para personas que padecen diabetes o una enfermedad renal (pero que no están en diálisis ni se han hecho un trasplante de riñón) cuando un médico las remite; esos servicios, entre los que podrían estar incluidos una evaluación dietética y asesoramiento para ayudarlo a controlar su diabetes o su enfermedad renal, pueden ser proporcionados por un especialista certificado en dietética – Servicios del plan personalizado de prevención (consultas anuales de prevención) – Vacuna contra la neumonía: es posible que usted sólo necesite la vacuna contra la neumonía una vez durante toda su vida; llame a su médico para más información. – Prueba de detección del cáncer de próstata (sólo prueba del Antígeno Específico en la Próstata, o PSA por sus siglas en inglés); cubierta una vez al año para hombres mayores de 50 años de edad que tienen el Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> – Servicio para dejar el hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) – Examen físico “Bienvenido al Medicare” (examen físico inicial y preventivo) <p>La prueba de detección del VIH está cubierta para las mujeres embarazadas que tienen el Medicare y para las personas con mayor riesgo de infección, incluso cualquiera que solicite la prueba; el Medicare cubre esa prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Por favor, comuníquese con el plan para los detalles..</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas suplementarios de instrucciones y prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Materiales escritos sobre instrucciones sobre la salud, como los boletines informativos – Inscripción en clubes de salud y clases de ejercicios físicos – Línea directa de enfermería

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>23 - Servicios preventivos y programas preventivos y de instrucciones (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio para dejar el hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar): Cubierto cuando es ordenado por su médico. Incluye dos intentos con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; cada intento incluye un máximo de cuatro visitas personales - Examen físico "Bienvenido al Medicare" (examen físico inicial preventivo). Medicare paga por este examen durante los primeros 12 meses después de su inscripción a la Parte B del Medicare. Usted puede elegir entre este examen o el examen anual de bienestar, después de sus primeros 12 meses de cobertura. Usted está cubierto para un (1) examen anual de bienestar cada 12 meses 	
<p>24 - Enfermedades y problemas renales</p>	<p>20% de coaseguro por la diálisis renal</p> <p>20% de coaseguro por los servicios de instrucciones para manejar una enfermedad renal</p>	<p>General</p> <p>Podrían ser aplicables las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>20% del costo de la diálisis renal.</p> <p>\$0 de copago los servicios de instrucciones para manejar una enfermedad renal.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>25 - Medicamentos por receta para pacientes externos</p>	<p>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 un Plan de Costos del Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos por receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B del Medicare</p> <p>General</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>Medicamentos cubiertos por la Parte D del Medicare</p> <p>General</p> <p>Este plan usa un formulario. Del plan le enviarán el formulario. Usted también puede ver el formulario en la Web si visita el sitio www.avmed.org/medicare/drug-list.asp.</p> <p>Las personas en las siguientes circunstancias quizás tengan que pagar diferentes costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – con ingresos limitados – residentes en centros de cuidados a largo plazo – con acceso a los proveedores de servicios tribales o urbanos para amerindios (Servicios de Atención Médica para Amerindios) <p>El plan ofrece cobertura nacional dentro de la red para medicamentos por receta (incluidos los 50 estados y el Distrito de Columbia). 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 fuera del área de servicios del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>Medicamentos cubiertos por la Parte D del Medicare (continuación)</p> <p>El total de los costos anuales de sus medicamentos por receta son los costos que pagan usted y el plan de la Parte D.</p> <p>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.</p> <p>Hay cantidades límites para ciertos medicamentos.</p> <p>Para ciertos medicamentos su proveedor primero tiene que obtener la autorización de AvMed Medicare Choice (HMO).</p> <p>Para adquirir algunos medicamentos usted tiene que acudir a ciertas farmacias debido a requisitos de manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones al paciente que la mayoría de las farmacias de la red no pueden cumplir. Esos 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 www.medicare.gov.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>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 por el costo compartido.</p> <p>Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y AvMed Medicare Choice (HMO) aprueba la excepción, usted pagará por ese medicamento la cantidad del costo compartido en el Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos).</p> <p>Dentro de la red \$0 de deducible.</p> <p>Los medicamentos suplementarios no cuentan para los costos que a usted le corresponde pagar por sus medicamentos.</p> <p>Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el total anual de los costos de sus medicamentos sea \$4,000:</p> <p>Farmacia de ventas al detalle</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel – \$0 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$20 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel – \$60 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no pref</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$50 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel – \$150 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> – 33% de coaseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)		<p>Farmacia de medicamentos para cuidados a largo plazo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos – \$0 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos – \$20 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos – \$50 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de especialidad – 33% de coaseguro por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>Pedidos por correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos – \$0 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos – \$60 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos – \$150 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)		<p>Interrupción temporal de la cobertura</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p> <p>Farmacia de ventas al detalle</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel - \$0 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Farmacia de medicamentos para cuidados a largo plazo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos en este nivel <p>Pedidos por correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Después que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$4,000, el plan le proporciona cobertura limitada de ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en medicamentos de marca y generalmente pagará no más de 86% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos que le corresponde pagar anualmente por sus medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Cobertura catastrófica</p> <p>Después que el total de los costos anuales que le corresponde pagar por sus medicamentos llegue a \$4,700, usted pagará la cantidad que sea mayor entre las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 5% de coaseguro – \$2.60 de copago por medicamentos genéricos (incluso por medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$6.50 de copago por todos los otros medicamentos

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>Fuera de la red</p> <p>Los medicamentos del plan podrían estar cubiertos en circunstancias especiales, como una enfermedad mientras usted está viajando en un área donde no hay farmacias de la red. Si usted adquiere sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, pagaría más que la cantidad del costo compartido que paga usualmente. 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 Medicare Choice (HMO) para recibir el reembolso.</p> <p>Cobertura inicial fuera de red</p> <p>Hasta que el total de los costos anuales de sus medicamentos llegue a \$4,000, se le reembolsará el costo total anual de los medicamentos que compre fuera de la red, menos lo siguiente</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$20 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$50 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> – 33% de coaseguro por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
<p>25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)</p>		<p>A usted no se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.</p> <p>Interrupción temporal y adicional de la cobertura</p> <p>A usted se le reembolsará por estos medicamentos adquiridos fuera de la red (hasta una cantidad igual al costo del medicamento dentro del plan menos lo siguiente):</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> – \$0 de copago por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> – A usted se le reembolsará hasta 14% del costo permitido por el plan para los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales lleguen a \$4,700 – A usted se le reembolsará hasta la cantidad igual al precio con descuento de los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales lleguen a \$4,700 <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> – A usted se le reembolsará hasta 14% del costo permitido por el plan para los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales lleguen a \$4,700 – A usted se le reembolsará hasta la cantidad igual al precio con descuento de los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales lleguen a \$4,700

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
25 - Medicamentos por receta para pacientes externos (continuación)		<p>Nivel 4: Medicamentos de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> – A usted se le reembolsará hasta 14% del costo permitido por el plan para los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales lleguen a \$4,700 – A usted se le reembolsará hasta la cantidad igual al precio con descuento de los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales lleguen a \$4,700 – A usted no se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan <p>Fuera de la red</p> <p>Cobertura catastrófica</p> <p>Después que los costos anuales que a usted le corresponde pagar por sus medicamentos lleguen a \$4,700, se le reembolsará por los medicamentos adquiridos fuera de la red hasta una cantidad igual al costo del medicamento dentro del plan menos la cantidad del costo compartido que a usted le corresponde pagar (la cantidad que sea mayor entre las siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> – 5% de coaseguro – \$2.60 de copago por medicamento genérico (incluso por medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$6.50 de copago por todos los otros medicamentos <p>A usted no se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.</p>

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	AvMed Medicare Choice (HMO)
26 - Servicios dentales	No están cubiertos los servicios dentales preventivos (como las limpiezas).	<p>Dentro de la red</p> <p>\$5 de copago por los beneficios dentales cubiertos por el Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 a \$20 de copago por exámenes bucales - \$0 a \$45 de copago por limpiezas - \$0 a \$35 de copago por una sesión de rayos X dental <p>El plan ofrece beneficios dentales completos adicionales</p>
27 - Servicios para la audición	<p>No están cubiertos los exámenes suplementarios de rutina para la audición y los audífonos.</p> <p>20% de coaseguro por los exámenes diagnósticos de la audición.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En general, no están cubiertos los exámenes suplementarios de rutina para la audición y los audífonos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 de copago por los exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por el Medicare
28 - Servicios para la vista	<p>20% de coaseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de los ojos.</p> <p>No están cubiertos los exámenes suplementarios de rutina de la vista y los espejuelos.</p> <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>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 de copago por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas - \$5 de copago por exámenes para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de los ojos - \$5 de copago por exámenes suplementarios de rutina para la vista - \$10 de copago por un par de espejuelos anuales
Artículos sin receta	Sin cobertura .	<p>General</p> <p>El plan no cubre los artículos sin receta</p>
Transporte (de rutina)	Sin cobertura	<p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre el transporte suplementario de rutina</p>
Acupuntura	Sin cobertura .	<p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre la acupuntura</p>

AvMED MEDICARE

Planes médicos que toman en cuenta **su bienestar.**