

## AvMed Medicare Choice Condado de Broward (HMO) ofrecido por AvMed, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de AvMed Medicare Choice. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

#### Qué hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 2 y 2.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
  - El costo de sus medicamentos puede haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en el total de sus costos anuales durante el año. Para

AvMed Medicare es un plan HMO con contrato de Medicare. Inscripción en AvMed Medicare depende de la renovación del contrato.

obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Allí encontrará listas de los fabricantes que han aumentado sus precios e información adicional sobre los cambios de precios para específicos medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar lo que usted paga por medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
  - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
  
- Piense acerca de los costos generales de atención de la salud.
  - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
  - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
  
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

## 2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
  - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
  
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** AvMed Medicare Choice, no es necesario que haga nada. Permanecerá en AvMed Medicare Choice.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

- 4. INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**
- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en AvMed Medicare Choice.
  - Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios a los Miembros al 1-800-782-8633. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario: de octubre 1ro a marzo 31, todos los días de 8:00 am- 8:00 pm. Y de abril 1 a septiembre 30, de lunes a viernes de 8:00 am – 8:00 pm, y los sábados de 9:00 am - 1:00 pm.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como Braille, en letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura mínima esencial (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

## Acerca de AvMed Medicare Choice

- AvMed Medicare Choice es un plan de HMO con contrato de Medicare. Inscripción en AvMed depende de la renovación de contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a AvMed, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a AvMed Medicare Choice.

H1016\_CE435SP-082018\_M

## Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para AvMed Medicare Choice en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0 Sin cambios
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$5,000	\$3,400
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta  Consultas a especialistas: \$10-\$40 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta  Consultas a especialistas: \$10-\$20 por consulta
<b>Hospitalizaciones</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Días 1 – 5: \$0 de copago por día Días 6 – 20: \$40 de copago por día Días 21 – 90: \$0 de copago por día  \$0 copago por cada día adicional en el hospital	Días 1 – 5: \$0 de copago por día Días 6 – 20: \$40 de copago por día Días 21 – 90: \$0 de copago por día  \$0 copago por cada día adicional en el hospital  Sin cambios

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Medicamentos 1: \$0</li> <li>• Nivel de Medicamentos 2: \$7</li> <li>• Nivel de Medicamentos 3: \$40</li> <li>• Nivel de Medicamentos 4: \$75</li> <li>• Nivel de Medicamentos 5: 33%</li> </ul>	<p>Deducible: \$0 Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Medicamentos 1: \$0</li> <li>• Nivel de Medicamentos 2: \$5</li> <li>• Nivel de Medicamentos 3: \$40</li> <li>• Nivel de Medicamentos 4: \$75</li> <li>• Nivel de Medicamentos 5: 33%</li> </ul>



## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en AvMed Medicare Choice en 2019

Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2018, lo inscribiremos automáticamente en AvMed Medicare Choice. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2019, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de AvMed Medicare Choice. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse al Medicare Original. Si desea cambiar, puede hacerlo entre el 1ro de enero y el 31 de marzo. También puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para Ayuda Adicional, es posible que pueda cambiar de planes en otro momento.

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en AvMed Medicare Choice y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2019 como miembro de AvMed Medicare Choice.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 Sin cambios

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

AvMed Medicare es un plan HMO con contrato de Medicare. Inscripción en AvMed Medicare depende de la renovación del contrato.



## Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan hacia la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. Los costos por medicamentos recetados no cuentan hacia la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.	\$5,000 A la vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y Parte B, usted no pagara mas nada por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B por el resto del año.	\$3,400 A la vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y Parte B, usted no pagara mas nada por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B por el resto del año.

## Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos hecho cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web en <http://www.avmed.org>, se encuentra disponible un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias del 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.

- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho, y trabajaremos con usted para garantizar su derecho, a que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

---

## Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web <http://www.avmed.org>, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2018*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<i>Consultas con Especialistas</i>	Usted paga \$0-\$40 de copago por cada visita a la oficina.	Usted paga \$0-20 de copago por cada visita a la oficina.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<i>Cirugía ambulatoria no-afiliado a un hospital</i>	Usted paga \$35 de copago por visita a un centro de cirugía ambulatoria no-afiliado a un hospital.	Usted paga \$75 de copago por visita a un centro de cirugía ambulatoria no-afiliado a un hospital.
<i>Ambulancia</i>	Usted paga \$100 de copago por viaje de ida.	Usted paga \$200 de copago por viaje de ida.
<i>Cuidados de emergencia</i>	Usted paga \$80 de copago por cada visita cubierta por Medicare a una sala de emergencias.	Usted paga \$120 de copago por cada visita cubierta por Medicare a una sala de emergencias..
<i>Medicamentos cubierto por la Parte B del Medicare</i>	Los medicamentos de la Parte B no están sujetos a al requisito de tratamiento escalonado.	Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado.
<i>Suministros diabéticos</i>	Usted paga 20% para suministros diabéticos cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 para suministros diabéticos cubiertos por Medicare.
<i>Visión</i>	Máximo beneficio de de \$100 para anteojos para la vista.	Máximo beneficio de \$200 para anteojos para la vista.

## Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre, le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus**

**medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un **único** suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si ha recibido autorización de AvMed para una excepción del formulario para el año 2018, por favor consulte la carta de aprobación para su fecha de vencimiento. Si necesita continuar con el medicamento, tendrá que presentar una nueva solicitud para una excepción antes de la fecha de vencimiento de su autorización previa. En algunos casos, AvMed puede prolongar su autorización actual hasta el 31 de diciembre del 2019. En estos casos, se le notificará de la decisión de prorrogar la autorización por escrito antes de que comience el nuevo año.

Aunque la mayoría de los cambios a la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir del 2019, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de distribución de costos o más bajo y con una misma o menor restricción. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregarle nuevas restricciones. Esto significa que si toma el medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo genérico (o el nivel o la restricción en los cambios de medicamentos de marca), es posible que no reciba nuestro aviso sobre el cambio 60 días antes de que lo hagamos o que no reciba un suministro de 60 días de ese medicamento en la farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Además, a partir del 2019, antes de hacer algún cambio a la Lista de medicamentos durante el año para medicamentos que usted toma y que requieren que le avisemos con anticipación, le enviaremos el aviso 30 días, en lugar de 60, antes de que hagamos el cambio. O le proporcionaremos un reabastecimiento de su medicamento de marca por 30 días, en lugar de por 60 días, en una farmacia de la red.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*Nota:* si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse** a usted. Hemos incluido un documento aparte llamado “Evidencia de Cláusula Adicional para Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este documento con este paquete, por favor llame a Servicios de Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números para Servicios de Miembros se encuentran en la sección 8.1 de esta publicación.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* adjunta).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Debido a que no tenemos un deducible, esta etapa no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos un deducible, esta etapa no se aplica a usted.

## Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos de un suministro de largo plazo o por recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de red con costos compartidos estándar:</p> <p><b>Genéricos Preferidos:</b> Usted paga \$0 por receta</p> <p><b>Genéricos No Preferidos:</b> Usted paga: \$7 por receta</p> <p><b>Preferidos de Marca:</b> Usted paga \$40 por receta</p> <p><b>Marca No Preferidos:</b> Usted paga \$75 por receta</p> <p><b>Medicamentos especiales:</b> Usted paga el 33% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750 pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de red con costos compartidos estándar:</p> <p><b>Genéricos Preferidos:</b> Usted paga \$0 por receta</p> <p><b>Genéricos No Preferidos:</b> Usted paga: \$5 por receta</p> <p><b>Preferidos de Marca:</b> Usted paga \$40 por receta</p> <p><b>Marca No Preferidos:</b> Usted paga \$75 por receta</p> <p><b>Medicamentos especiales:</b> Usted paga el 33% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,820 pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).</p>

## Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a**

**la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en AvMed Medicare Choice

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

### Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare y si compra una póliza complementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

#### Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en AvMed Medicare Choice.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en AvMed Medicare Choice.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
- *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: Si está en un programa de Administración de Medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse al Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1ro de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En la Florida, el SHIP se llama Departamento de Asuntos de Personas de la Tercera Edad (Department of Elder Affairs ‘SHINE’ Program por sus siglas en inglés).

SHINE es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer localmente consejos **gratuitos** acerca del seguro médico a las personas con Medicare. Los consejeros de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar a sus



preguntas acerca de cómo cambiar de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337. Puede obtener mayor información acerca de SHINE visitando su sitio web ([www.floridashine.org](http://www.floridashine.org))

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Florida Department of Health AIDS Drugs Assistance Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame a Florida Department of Health ADAP at 1-850-245-4334 o visite el sitio web <http://www.floridahealth.gov/diseasesand-condition/aids/adap>.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de AvMed Medicare Choice

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios a los Miembros al 1-800-782-8633. (Para TTY solamente, llame al 711. Estamos disponibles para

llamadas telefónicas desde octubre 1ro a marzo 31, todos los días de 8:00 am- 8:00 pm. Y de abril 1 a septiembre 30, de lunes a viernes de 8:00 am – 8:00 pm, y los sábados de 9:00 am - 1:00 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2018 para AvMed Medicare Choice. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en <http://www.avmed.org>. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## **Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

### **Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)**

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2018). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-

633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.