



Juntos por tu bienestar.<sup>SM</sup>

## Resumen de Beneficios 2020

AvMed Medicare Circle - Condado Broward  
H1016, Plan 024 (HMO)

Del 1ro. de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2020

Este es un resumen de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan AvMed Medicare Circle.

AvMed Medicare Circle es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción al plan depende de la renovación del contrato. La información sobre los beneficios que aquí se proporciona no muestra todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, por favor solicita la "Evidencia de Cobertura" o puedes ver el EOC en línea en <http://www.avmed.org>.

Para inscribirte al plan AvMed Medicare Circle, deberás tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en la Florida: Broward.

Como miembro debes elegir un doctor del plan para que actúe como tu médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés). Excepto en situaciones de emergencia, si utilizas un proveedor que no está en el plan, no pagaremos por estos servicios. También, si utilizas una farmacia para obtener medicamentos recetados y no está en nuestra red, el plan pueda que no pague por esos medicamentos.

Puedes visitar <http://www.avmed.org> para buscar un proveedor o farmacia en el plan utilizando los directorios en línea. También puedes consultar la Lista de medicamentos (Formulario) para ver que medicamentos están cubiertos, y si hay algunas restricciones.

Si quieres saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulta el folleto "Medicare y Tú". El folleto está disponible en línea en <http://www.medicare.gov>. También puedes obtener una copia impresa del folleto llamando al **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, de letras grandes o con audio.

Para más información, por favor de llamar al **1-800-535-9355 (TTY 711)**, o visítanos en <http://www.avmed.org>. Del 1ro. de octubre al 31 de marzo, puedes llamarnos 7 días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. el 1ro. de abril al 30 de septiembre, nos puedes llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 9:00 a.m. to 1:00 p.m.

| <b>Primas y Beneficios</b>  | <b>Plan AvMed Medicare Circle (HMO)</b>  | <b>Lo que debes saber</b>   |
|---|--|---|
| Prima mensual del plan  | Sin costo para ti  | Deberás continuar pagando tu prima de la Parte B de Medicare.   |
| Deducible   | Sin costo para ti  | Este plan no tiene un deducible.  |
| Responsabilidad máxima que saldrá de tu bolsillo (no incluye medicamentos con receta)   | \$6,700 anual  | Incluye copagos y otros costos de los servicios médicos en el año.  |
| Cobertura para pacientes ingresados   | Copago de \$0  | Nuestro plan cubre un número ilimitado de días ingresado en el hospital. Requiere autorización previa.  |
| Cobertura para servicios ambulatorios de hospital   | Copago de \$175 para servicios en un hospital o un centro afiliado al hospital<br>Copago de \$60 por día para terapia de radiación<br>\$15 por visitas por abuso de sustancias | Puede requerir autorización previa.   |
| Centro de Cirugía Ambulatoria   | Copago de \$75 en centros independientes   | Puede requerir autorización previa.   |
| Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de cabecera</li> <li>• Especialistas</li> </ul>   | Copago de \$0 por visita al médico de cabecera<br>Copago de \$10 por visita al especialista  | Las consultas con un especialista pueden requerir un "referido" de tu médico de cabecera.   |
| Cuidados preventivos (incluyen la vacuna contra la gripe y neumonía, exámenes de detección de diabetes, mamografía)   | Copago de \$0  | Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.  |
| Servicios de emergencia (mundial)   | Copago de \$90 por visita  | Si eres admitido en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrás que pagar tu parte del costo por los servicios de emergencia.   |
| Servicios de urgencia   | Copago de \$10 por visita  |   |
| Pruebas diagnósticas/ análisis de laboratorio/ servicios de radiología <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios diagnósticos de radiología (como resonancias magnéticas)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Rayos X para pacientes externos</li> <li>• Tomografía por Emisión de Positrones (PET)</li> </ul> | Copago de \$100 por visita<br><br>Copago de \$0<br>Copago de \$0 - \$25<br><br>Copago de \$0<br><br>Pagas 20% del costo  | Autorización previa es requerida para algunos servicios. El copago puede variar según donde se realizó el examen o servicio. Por favor contacta al plan para más información. |

| <b>Primas y Beneficios</b>   | <b>Plan AvMed Medicare Circle (HMO)</b>  | <b>Lo que debes saber</b>   |
|--|--|---|
| Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de audición cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de audición rutinario</li> <li>• Audífonos</li> </ul>  | Copago de \$0 por el examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.<br>Copago de \$0 para examen de audición rutinario<br>\$600 cada año para comprar audífonos   |   |
| Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oral</li> <li>• Radiografía</li> <li>• Limpieza</li> </ul>  | Copago de \$0 - \$25 para exámenes orales<br>Copago de \$0 - \$35 para radiografías dentales<br>Copago de \$0 - \$45 para limpiezas  | Por favor consulta la Evidencia de Beneficios de Delta Dental para más detalles. Debes utilizar la red de proveedores de Delta Dental para que se cubran los servicios. |
| Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>• Espejuelos, después de cataratas</li> <li>• Examen rutinario de la vista</li> <li>• Espejuelos (marco y lentes) o lentes de contacto</li> </ul> | Pagas \$0 por visitas al consultorio relacionadas con la vista cubiertas por Medicare, incluyendo exámenes de la vista para ojos diabéticos<br>Pagas \$0 por un par de espejuelos, después de haber tenido una cirugía de cataratas<br>Pagas \$0 por exámenes rutinarios/ /refracción, uno por año<br>\$300 cada año para comprar un par de espejuelos |   |
| Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para pacientes ingresados</li> <li>• Sesión de terapia de grupo como paciente externo</li> <li>• Sesión de terapia individual como paciente externo</li> </ul>                                      | Pagas \$150 por día del 1- 9 día<br>Copago de \$0 por día del 10 – 90 día<br>La sesión de terapia de grupo como paciente externo tiene un costo de \$15<br>La sesión de terapia individual como paciente externo tiene un costo de \$15  | Este plan tiene un máximo de por vida de 190 días para servicios de salud mental para pacientes ingresados.   |
| Centro de enfermería especializada   | Copago de \$0 por día del 1 – 20 día<br>Copago de \$135 por día del 21- 62 día<br>Copago de \$0 por día del 63 – 100 día   | Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios en un centro de enfermería especializada.   |
| Terapia Física <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesión de terapia ocupacional</li> <li>• Sesión de terapia física y terapia del habla y lenguaje</li> </ul>  | Copago de \$0<br>Copago de \$0   |   |
| Ambulancia   | Copago de \$180 para viajes de ida   |   |

| <b>Primas y Beneficios</b>   | <b>Plan AvMed Medicare Circle (HMO)</b>  | <b>Lo que debes saber</b>  |
|--|--|--|
| Transportación   | Copago de \$0 para transporte<br>Hasta 20 viajes de ida por año  | La transportación es proporcionada por un vendedor contratado a lugares aprobados por el plan.                                     |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare   | 10 - 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia.<br>10 - 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B   | 10% en el consultorio o en instalaciones no afiliadas a los hospitales. 20% en hospitales afiliados.                               |
| Cuidado de los pies (servicios de podología)<br>• Exámenes de los pies y tratamiento<br>• Cuidado de rutina de los pies  | Copago de \$5<br><br>Copago de \$5 para cuidado de rutina de los pies, una visita cada 60 días   |  |
| Equipo médico/ suministros<br>• Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)<br>• Suministros para diabetes<br><br>• Prótesis (como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales) | Pagas 10% del costo<br><br>Coseguro de 20% para zapatos/plantillas para diabéticos<br>Copago de \$0 para suministros diabéticos<br>Copago de \$0 para prótesis |  |
| Telemedicina / Visitas Virtuales   | Copago de \$0 para cada visita virtual   | Por favor consulta la Evidencia de Cobertura para más detalles.  |
| Artículos sin receta   | Obtén \$50 mensualmente hacia la compra de selectos artículos sin receta.  | Por favor visita el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos sin receta que están cubiertos.                   |
| Programas de bienestar<br>• Programas para estar en buena forma<br>• Educación de temas de salud<br>• Línea directa a servicios de enfermería<br>• SilverSneakers®                                     | Copago de \$0  | Para obtener más información de los programas de bienestar, por favor llámanos o consulta nuestra Evidencia de Cobertura en línea. |

## Medicamentos con receta para pacientes externos

Este plan no tienen un deducible de la Parte D. Pagas lo siguiente hasta que el total de costos anuales llegue a \$4,500. El costo total anual de medicamentos son el costo total pagado por ambos tú y nuestro plan de Parte D.

| COSTOS COMPARTIDOS PREFERIDOS      | Farmacia minorista    |                       | Pedidos por correo    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                    | Suministro de 30 días | Suministro de 90 días | Suministro de 30 días | Suministro de 90 días |
| • Nivel 1: genéricos preferidos    | Copago de \$0         | Copago de \$0         | Copago de \$0         | Copago de \$0         |
| • Nivel 2: genéricos no preferidos | Copago de \$0         | Copago de \$0         | Copago de \$0         | Copago de \$0         |
| • Nivel 3: marcas preferidas       | Copago de \$20        | Copago de \$50        | Copago de \$20        | Copago de \$50        |
| • Nivel 4: marcas no preferidas    | Copago de \$75        | Copago de \$187.50    | Copago de \$75        | Copago de \$187.50    |
| • Nivel 5: nivel de especialidades | 33%                   | No se ofrece          | No se ofrece          | No se ofrece          |

| COSTOS COMPARTIDOS ESTÁNDAR        | Farmacia minorista    |                       | Pedidos por correo    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                    | Suministro de 30 días | Suministro de 90 días | Suministro de 30 días | Suministro de 90 días |
| • Nivel 1: genéricos preferidos    | Copago de \$0         | Copago de \$0         | Copago de \$0         | Copago de \$0         |
| • Nivel 2: genéricos no preferidos | Copago de \$10        | Copago de \$25        | Copago de \$10        | Copago de \$30        |
| • Nivel 3: marcas preferidas       | Copago de \$30        | Copago de \$75        | Copago de \$30        | Copago de \$90        |
| • Nivel 4: marcas no preferidas    | Copago de \$100       | Copago de \$250       | Copago de \$100       | Copago de \$300       |
| • Nivel 5: nivel de especialidades | 33%                   | No se ofrece          | No se ofrece          | No se ofrece          |

Los costos compartidos pueden cambiar dependiendo de la farmacia que elijas. Las cantidades mostradas reflejan el beneficio hasta el límite de cobertura inicial. Para obtener más información de los costos adicionales compartidos relacionados con farmacias específicas y las fases del beneficio, por favor llámanos o consulta nuestra Evidencia de Cobertura en línea en <http://www.avmed.org>.

**Aviso importante:** Si eres un beneficiario con doble elegibilidad suscrito en ambos Medicare y Medicaid o eres un Beneficiario Calificado de Medicare, puede que no tengas que pagar los costos listados en este folleto, y el costo de tus medicamentos recetados también pueda que sea reducido. Siempre presenta tu tarjeta de identificación de Medicaid para hacerle saber a tu proveedor que puede que tengas cobertura adicional.