



Juntos por tu bienestar.SM

Resumen de Beneficios 2020

AvMed Medicare Choice - Condado Miami-Dade
H1016, Plan 001 (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 Choice.

AvMed Medicare Choice 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 Choice, 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: Miami-Dade.

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.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice (HMO)	Lo que debes saber
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 deducible.
Responsabilidad máxima que saldrá de tu bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$3,400 anual	Incluye copagos y otros costos de los servicios médicos en el año.
Cobertura para pacientes ingresados	Copago de \$0 por día del 1 - 5 día Copago de \$55 por día del 6 - 20 día Copago de \$0 por día del 21 - 90 día y más allá	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 Copago de \$35 - \$60 para terapia de radiación \$15 por visitas por abuso de sustancias	Puede requerir autorización previa.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Pagas \$50 en centros independientes	Puede requerir autorización previa.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Médico de cabecera • Especialistas 	Copago de \$0 por visita al médico de cabecera Copago de \$0 - \$25 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 \$120 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 \$20 por visita	
Pruebas diagnósticas/ análisis de laboratorio/ servicios de radiología <ul style="list-style-type: none"> • Servicios diagnósticos de radiología (como resonancias magnéticas) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Rayos X para pacientes externos • Tomografía por Emisión de Positrones (PET) 	Copago de \$50 - \$200 por visita Copago de \$0 Copago de \$5 - \$25 Copago de \$5 - \$25 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.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice (HMO)	Lo que debes saber
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audición cubiertos por Medicare • Examen de audición rutinario • Audífonos 	Copago de \$5 por el examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. Copago de \$0 para examen de audición rutinario \$500 cada año, por oído, para comprar audífonos	
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral • Radiografía • Limpieza 	Copago de \$0 - \$25 para exámenes orales Copago de \$0 - \$35 para radiografías dentales 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"> • Servicios de la vista cubiertos por Medicare • Espejuelos, después de cataratas • Examen rutinario de la vista • Espejuelos (marco y lentes) o lentes de contacto 	Pagas \$0 por visitas al consultorio relacionadas con la vista cubiertas por Medicare, incluyendo exámenes de la vista para ojos diabéticos Pagas \$0 por un par de espejuelos, después de haber tenido una cirugía de cataratas Pagas \$0 por exámenes rutinarios/ /refracción, uno por año \$200 cada año para comprar un par de espejuelos	
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes ingresados • Sesión de terapia de grupo como paciente externo • Sesión de terapia individual como paciente externo 	Copago de \$150 por día del 1 – 9 día Copago de \$0 por día del 10 – 90 día La sesión de terapia de grupo como paciente externo tiene un costo de \$15 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 Copago de \$160 por día del 21- 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"> • Sesión de terapia ocupacional • Sesión de terapia física y terapia del habla y lenguaje 	Copago de \$10 Copago de \$10	
Ambulancia	Copago de \$165 para viajes de ida	
Transportación	Copago de \$0 para transporte Hasta 8 viajes de ida por año	La transportación es proporcionada por un vendedor contratado a lugares aprobados por el plan.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice (HMO)	Lo que debes saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare	10 - 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia. 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) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de los pies y tratamiento Cuidado de rutina de los pies 	Copago de \$5 Copago de \$5 para cuidado de rutina de los pies, una visita cada 60 días	
Equipo médico/ suministro <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno) Suministros para diabetes Prótesis (como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales)	Pagas 20% del costo Copago de \$0 para suministros diabéticos Coseguro de 20% para zapatos/plantilla para diabéticos 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 \$25 por trimestre hacia la compra de selectos artículos sin receta.	Visita el sitio Web de nuestro plan para ver una lista de los artículos cubiertos.
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> Programas para estar en buena forma Educación de temas de salud Línea directa a servicios de enfermería 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 tiene un deducible de la Parte D. Pagas lo siguiente hasta que el total de costos anuales llegue a \$4,020. 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 \$25	Copago de \$62.50	Copago de \$25	Copago de \$62.50
• Nivel 4: marcas no preferidas	Copago de \$70	Copago de \$175	Copago de \$70	Copago de \$175
• 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 \$35	Copago de \$87.50	Copago de \$35	Copago de \$105
• Nivel 4: marcas no preferidas	Copago de \$85	Copago de \$212.50	Copago de \$85	Copago de \$255
• 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 de la Parte D, 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.