

## AvMed Medicare Premium Saver MA-PD (HMO) del Condado Broward ofrecido por AvMed, Inc.

### Aviso anual de cambios para el 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de AvMed Medicare Premium Saver del Condado de Broward. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.*

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.avmed.org](http://www.avmed.org). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **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.
  - Revisar los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos del 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún tengan cobertura.
- Verifique si sus médicos de cabecera, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- 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 el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en AvMed Medicare Premium Saver.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en AvMed Medicare Premium Saver.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- [Este documento está disponible de forma gratuita en español.](#)
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-800-782-8633 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención al público son del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8am a 8pm, 7 días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre de 8am a 8pm, lunes-viernes; de 9am a 1pm los sábados.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra ampliada u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** 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 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

## Acerca de AvMed Medicare Premium Saver

- AvMed Medicare es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en AvMed Medicare Premium Saver depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este *documento* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a AvMed, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a AvMed Medicare Premium Saver.

## **Aviso anual de cambios para 2023**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para el 2023 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....	12
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>14</b>
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en <i>AvMed Medicare Premium Saver</i> .....	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	15
<b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas.....</b>	<b>17</b>
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de <i>AvMed Medicare Premium Saver</i> .....	17
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	18

## Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para AvMed Medicare Premium Saver en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,400	\$3,400
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0 copago por consulta Consultas a especialistas: \$25 copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 copago por consulta Consultas a especialistas: \$25 copago por consulta.
<b>Hospitalizaciones</b>	Días 1 - 5: \$200 Copago por día Días 6 - 90: \$0 Copago por día. (requiere previa autorización/ aprobación anticipada para que lo cobra el Seguro)	Días 1 - 5: \$200 Copago por día Días 6 - 90: \$0 Copago por día. (requiere previa autorización/ aprobación anticipada para que lo cobra el Seguro)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$5 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$20 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$40 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$80 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$5 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$20 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$40 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$80 por receta.</li> <li>● <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</li> </ul>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

**SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**

**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0  Sin cambio desde el 2022
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b>	\$100	\$125

- 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.

**Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo**

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 B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400	\$3,400  Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios durante el resto del año calendario.  Sin cambios desde 2022.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

---

## Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

---

Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de proveedores y/o farmacias* en el sobre con este documento. En nuestro sitio web [www.avmed.org](http://www.avmed.org) se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2023* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2023* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios de atención a miembros para que podamos ayudarlo.



## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Servicios Dentales Integrales</b>	<p><b>En la red:</b>                      Paga \$0 de copago mínimo por servicios que cubre Medicare                      Paga \$175 de copago máximo por servicios que cubre Medicare.</p> <p>Servicios no rutinarios no tienen cobertura.</p> <p>Servicios diagnósticos no tienen cobertura.</p> <p>Servicios de restaurativos no tienen cobertura.</p> <p>Endodoncia no tiene cobertura.</p> <p>Prostodoncia, otras cirugías bucales maxilofaciales, no tienen cobertura.</p> <p>Periodoncia no tiene cobertura</p> <p>Extracciones no tienen cobertura</p>	<p><b>En la red:</b>                      Paga \$25 de copago mínimo por servicios que cubre Medicare                      Paga \$175 de copago máximo por servicios que cubre Medicare.</p> <p><b>En la red:</b>                      Paga \$0 de copago mínimo por servicios no rutinarios.                      Paga \$165 de copago máximo por servicios no rutinarios.</p> <p><b>En la red:</b>                      Paga \$0 de copago mínimo por servicios de diagnóstico.                      Paga \$35 de copago máximo por servicios de diagnóstico.</p> <p><b>En la red:</b>                      Paga \$22 de copago mínimo por servicios restaurativos.                      Paga \$530 de copago máximo por servicios restaurativos.</p> <p>Dos (2) visitas al año.</p> <p><b>En la red:</b>                      Paga \$22 de copago mínimo por servicios de endodoncia.                      Paga \$535 de copago máximo por servicios de endodoncia.                      Una (1) visita al año.</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

		<p><b>En la red:</b>                  Paga \$0 de copago mínimo por servicios de prostodoncia.                  Paga \$550 de copago máximo por servicios de prostodoncia.                  Una (1) visita al año.</p> <p><b>En la red:</b>                  Paga \$0 de copago mínimo por servicios de periodoncia.                  Paga \$435 de copago máximo por servicios de periodoncia.                  Una (1) visita al año.</p> <p><b>En la red:</b>                  Paga \$70 de copago mínimo por servicios de extracciones.                  Paga \$175 de copago máximo por servicios de extracciones.                  Tres (3) visitas al año.</p>
<p><b>Beneficios de la tarjeta Flex-Dental, Visión, Audición, OTC (medicamentos sin receta)</b></p>	<p>Este plan no ofrece este beneficio</p>	<p>Recibe \$30 de subsidio mensual. Cada dólar no utilizado se transfiere al siguiente mes y debe ser gastado antes del 31 de diciembre de 2023</p>
<p><b>Cuidado de hospicio</b></p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal son pagados por AvMed Medicare Premium Saver.</p> <p>Coseguro de 5% que no exceda los \$5 por receta para medicamentos y productos</p>	<p>Lo cubre el Medicare Original.</p> <p>Servicios de ayuda en el hogar, proporcionado por Papa Pals, <b>no</b> tiene cobertura como un beneficio suplementario de hospicio.</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

	<p>biológicos proporcionados por el hospicio para pacientes ambulatorios. Coseguro de</p> <p>5% por día en una estadía de cuidado de relevo.</p> <p>Servicios de ayuda en el hogar, proporcionados por Papa Pals, incluye <b>200 horas</b> de custodia y de servicios en el hogar.</p>	
<b>Beneficios de venta sin receta</b>	<p>Medicamentos que son de venta libre y sin receta no los cubre este plan.</p>	<p><b>En la red:</b> Subsidio de \$25 cada tres meses.</p>
<b>Servicios dentales preventivos</b>	<p>Examen bucal no tiene cobertura.</p> <p>Limpieza dental no tiene cobertura.</p> <p>Radiografías no tienen cobertura</p>	<p><b>En la red:</b> Paga \$0 como copago por examen bucal.</p> <p>Paga \$25 como copago máximo por examen bucal.</p> <p><b>En la red:</b> Paga \$0 como copago por la profilaxis (limpieza dental).</p> <p><b>En la red:</b> Paga \$0 como copago por radiografía bucal.</p> <p>Paga \$35 como copago máximo por radiografía bucal.</p>
<b>Servicios de Visión- Espejuelos</b>	<p>Este servicio no tiene cobertura para exámenes de visión para espejuelos.</p>	<p><b>En la red:</b> Subsidio de \$350 para espejuelos cada año.</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

---

## Sección 1.5 – 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”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra electrónicamente en nuestra página de internet [www.avmed.org](http://www.avmed.org).

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.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Hicimos cambios en la lista de medicamentos de insulina que estarán cubiertos como insulinas selectas en un menor costo compartido. Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas seleccionadas por el indicador "SI" que se usa en el Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a nuestro Centro. (Los números de teléfono del *Centro de atención a miembros* están impresos en la contraportada de este folleto).

### 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 tal vez no se aplique en su caso.** Hemos incluido una hoja informativa separada, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

(Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió la hoja informativa con este paquete llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. Lo números telefónicos los puede encontrar en la sección 7.1 de este folleto.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”.

La siguiente información describe los cambios 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).

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayor parte de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Centro de atención a los miembros para obtener más información.

**Cambios en la Etapa del deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Ya que no tenemos deducible esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Ya que no tenemos deducible esta etapa de pago no se aplica a su caso.

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

<b>Etapa</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. 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 en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de medicamentos obtenidos en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Costo compartido estándar:</b> Paga \$5 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Costo compartido estándar:</b> Paga \$20 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de medicamentos obtenidos en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Costo compartido estándar:</b> Paga \$5 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Costo compartido estándar:</b> Paga \$20 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$40 por receta.  <b>Nivel 4:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$80 por receta.  <b>Nivel 5:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los <b>\$4,430</b> pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p><b>Nivel 3:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$40 por receta.  <b>Nivel 4:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$80 por receta.  <b>Nivel 5:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los <b>\$4,660</b> pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

**SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

**Sección 2.1—Si desea seguir inscrito en AvMed Medicare Premium Saver**

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan AvMed Medicare Premium Saver.

---

## Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

---

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar de plan, 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 4, o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

### 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 Premium Saver.
- 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 Premium Saver.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción de AvMed. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - *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 3 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 2023.

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

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a 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.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En la Florida, el SHIP se denomina programa *SHINE* (Serving Health Insurance Needs of Elders) del *Department of Elder Affairs*.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (TTY 1-800-955-8770). Puede obtener mayor información visitando su web en ([www.floridashine.org](http://www.floridashine.org)).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“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 una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:



- 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.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- 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 están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta 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 al Florida Department of Health ADAP al 1-850-245-4334 o visite su página web [www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap](http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap)

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de AvMed Medicare Premium Saver

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-782-8633. (o al TTY si es miembro al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas en los horarios de atención al público del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 am a 8pm, 7 días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre de 8 am a 8pm, lunes-viernes; de 9 am a 1 pm los sábados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2023* (describe en detalle 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 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* para AvMed Medicare Premium Saver. 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 nuestro sitio web [www.avmed.org](http://www.avmed.org) encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.avmed.org](http://www.avmed.org). Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 29 de febrero 2024)

(*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

### **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**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)***

Lea el manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*. Cada 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

**Multi-Language Insert****Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-882-8633. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-882-8633. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-882-8633。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-882-8633。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-882-8633. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-882-8633. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-882-8633 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-882-8633. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-882-8633 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-882-8633. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إتينا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-822-8633. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-882-8633 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-882-8633. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-882-8633. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-882-8633. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-882-8633. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-882-8633にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。