

AvMed Medicare One MA-PD (HMO) de los Condados de Orange, Osceola y Seminole ofrecido por AvMed, Inc.

Aviso anual de cambios para el 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de **AvMed Medicare One**. 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. También puede llamar al Centro de Compromiso para 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 2024 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 o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en AvMed Medicare One.
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en AvMed Medicare One (HMO).
- 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. Esta llamada es gratuita.
- 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.

Acerca de AvMed Medicare One

- AvMed Medicare es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en AvMed Medicare One 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 One.

Aviso anual de cambios para 2024 **Índice**

Resumen de costos importantes para el 2024	5
SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del Plan	8
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	9
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	9
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	9
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	10
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	111
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	177
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en <i>AvMed Medicare One</i>	177
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	177
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan.....	188
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	19
SECCIÓN 8 Preguntas	200
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de <i>AvMed Medicare One</i>	200
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	200

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para AvMed Medicare One en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo 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).	\$3,000	\$3,000
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 copago por consulta Consultas a especialistas: \$20 copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 copago por consulta Consultas a especialistas: \$5 copago por consulta.
Hospitalizaciones	Días 1 - 5: \$200 Copago por día Días 6 - 90: \$0 Copago por día.	Días 1 - 5: \$200 Copago por día Días 6 - 90: \$0 Copago por día.

<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Centro de Compromiso para Miembros de AvMed (Los números de teléfono del Centro de Compromiso para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$10 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$20 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. ● Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$85 por receta. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$10 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$20 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. ● Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$85 por receta.
--	---	---

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total. Cobertura en situaciones catastróficas ● Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. ● Por cada receta, usted paga lo que sea mayor de los siguientes: un pago igual a 5% del costo del medicamento (esto se denomina coaseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total. Cobertura en situaciones catastróficas ● Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 Cambiamos el nombre del Plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de AvMed Medicare Circle a AvMed Medicare One.

En diciembre de 2023 recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación con el nuevo nombre del plan. También verá el nombre de su plan, AvMed Medicare One, mencionado en las comunicaciones que le enviaremos en el futuro.

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 Sin cambio desde 2023.

- 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 2.2 – 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo 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.</p>	<p>\$3,000</p>	<p style="text-align: center;">\$3,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,000 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 cambio desde 2023.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

En nuestro sitio web www.avmed.org se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar al Centro de Compromiso para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, el cual le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* 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 proveedores y farmacias de 2024* 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 el Centro de Compromiso para Miembros de AvMed para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 – 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios de la tarjeta Flex-Dental, Visión, Audición, OTC (medicamentos sin receta)	Este plan no ofrece este beneficio.	Recibe \$25 de subsidio trimestral. Cada dólar no utilizado se transfiere al siguiente trimestre y debe ser gastado antes del 31 de diciembre de 2024.
Compra por correo	Farmacia estándar Farmacia preferida	Farmacia estándar (solamente)
Consultas con especialistas	Requiere derivación.	No requiere derivación.

Sección 2.5 – 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.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel diferente de costo compartido. **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, o si su medicamento ha pasado a un nivel diferente de costo compartido.**

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

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 el Centro de Compromiso para Miembros de AvMed 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 de Compromiso para Miembros. (Los números de teléfono del Centro de Compromiso para 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 (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 al Centro de Compromiso para Miembros de AvMed y pida la Cláusula adicional LIS. Los números telefónicos del Centro de Compromiso para Miembros de AvMed 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.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Obtenga ayuda de Medicare: Si eligió este plan porque buscaba cobertura de insulina a \$35 al mes o menos, es importante saber que puede tener otras opciones disponibles para 2024 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener ayuda y comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Otros recursos de ayuda: Comuníquese con el número del Centro de Compromiso para Miembros de AvMed llamando al (800) 782-8633 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, y de 9 a.m. a 1 p.m., los sábados.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	<p>Ya que no tenemos deducible esta etapa de pago no se aplica a su caso.</p> <p>AvMed Medicare One no tiene deducible para las insulinas seleccionadas. Paga \$30 - \$35 por estas insulinas.</p>	<p>Ya que no tenemos deducible esta etapa de pago no se aplica a su caso.</p> <p>AvMed Medicare One no tiene deducible para las insulinas seleccionadas. Paga \$30 - \$35 por estas insulinas.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</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 información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos 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</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de medicamentos obtenidos en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Costo compartido estándar: Paga \$10 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Costo compartido estándar: Paga \$20 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3: Costo compartido estándar: Paga \$47 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por un</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de medicamentos obtenidos en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Costo compartido estándar: Paga \$10 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Costo compartido estándar: Paga \$20 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3: Costo compartido estándar: Paga \$47 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por un</p>

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

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D se cubren sin costo para usted.</p>	<p>suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$85 por receta.</p> <p>Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660 pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$30 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel</p> <p>Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$85 por receta.</p> <p>Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030 pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

AvMed Medicare One ofrece cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus desembolsos para insulinas seleccionadas serán de \$30-\$35.

Cambios en las Etapas del período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos —la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas— son para las personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted puede tener costos compartidos para medicamentos no incluidos que están cubiertos en nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6, en nuestra Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambio de Gestor de Beneficios de Farmacia (PBM)	CVS Caremark®	Express Scripts®, Inc.
Las ventas por correo del Plan cambiarán. Para obtener más información sobre los servicios de ventas por correo del plan consulte la sección 2.3 de la Evidencia de cobertura (Utilización de los servicios de ventas por correo del plan).	CVS Caremark®	Express Scripts® Pharmacy

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *AvMed Medicare One*

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 One.

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, 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), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (vea la Sección 5, o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

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 One.
- 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 One.
- 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 el Centro de Compromiso para Miembros de AvMed.
 - *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 5 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 2024.

¿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 2024 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 2024.

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 6 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).

SECCIÓN 7 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

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

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

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de AvMed Medicare One

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Centro de Compromiso para Miembros de AvMed 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 2024* (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 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para AvMed Medicare One. 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 encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Centro de Compromiso para Miembros de AvMed 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. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario “Lista de medicamentos”).

Sección 8.2 – 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.

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (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.

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Cada otoño, este documento 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

Anexo multilingüe

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 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-882-8633번으로 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: إننا 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 1-800-882-8633. 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.

Portuguese: 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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。