

AvMed Medicare Circle MA-PD (HMO- Organización para el Mantenimiento de la Salud) Condado de Miami-Dade ofrecido por AvMed, Inc.

Aviso Anual de Cambios en 2022

Actualmente está usted registrado como miembro de **AvMed Medicare Circle**. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y prestaciones del plan. En este folleto se explican dichos cambios.

- **Tiene usted del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar los cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTAR: ¿Qué cambios le afectan a usted?

- Compruebe los cambios de nuestras prestaciones y costos para ver si le afectan a usted.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el año que viene.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que usted utiliza?
 - Consulte en el Apartado 1.5 la información acerca de los cambios en las prestaciones y los costos de nuestro plan.
- Compruebe en el folleto los cambios a la cobertura de medicamentos de prescripción para ver si le afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un copago distinto?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos alguna restricción nueva, como por ejemplo, necesitar nuestra aprobación antes de que se le dispense la receta?
 - ¿Puede usted seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise el Listado de medicamentos de 2022 y consulte el Apartado 1.6 para más información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber subido desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de menor coste que puedan estar disponibles para usted; esto le podría ahorrar gastos directos durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace “tableros de control” en medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos tableros de control destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran información interanual sobre los precios de los medicamentos. Recuerde que las prestaciones de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

- Compruebe si sus médicos y demás profesionales sanitarios estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas a los que acude regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y demás profesionales sanitarios que usted utiliza?
 - Consulte en el Apartado 1.3 más información sobre nuestro Directorio de profesionales y farmacias.
- Piense en sus costos sanitarios globales.
 - ¿Cuánto se gastará de su propio bolsillo en servicios y medicamentos de prescripción que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto se gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Conozca otros planes alternativos

- Compruebe la cobertura y los costos de planes en su zona.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise el listado al final de su guía *Medicare y Usted 2022*.
 - Consulte en el Apartado 3.2 para saber más acerca de sus opciones.
- Una vez que limite sus opciones al plan que prefiera, confirme los costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELEGIR:** Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se apunta a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en AvMed Medicare Circle.
- Para cambiar a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades, podrá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, regístrese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre** de 2021.

- Si no se apunta a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en AvMed Medicare Circle.
- Si se registra en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, su nueva cobertura entrará en vigor el 1 de enero de 2022. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

Otros recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Por favor contacte con nuestro Centro de Atención a Miembros en el número 1-800-782-8633 para más información. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.) El horario del 1 de

octubre al 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 siete 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.

- Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura bajo este Plan se considera Cobertura Sanitaria Calificada (QHC por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y de Atención Médica Asequible (ACA por sus siglas en inglés). Por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Acerca de AvMed Medicare Circle

- AvMed Medicare es un plan de HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) con un contrato de Medicare. La inscripción en AvMed Medicare Circle depende de la renovación del contrato.
- Cuando en el folleto se dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a AvMed, Inc. Cuando habla de “plan” o “nuestro plan”, se refiere a AvMed Medicare Circle.

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2021 con los de 2022 para AvMed Medicare Circle en varias áreas importantes. **Recuerde que es solo un resumen de los cambios.** Podrá obtener un ejemplar de *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web <https://www.avmed.org>. Asimismo, puede llamar al Centro de atención de miembros de AvMed para pedir que se le envíe la *Evidencia de Cobertura* por correo.

Costo	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Ver Apartado 1.1 para más detalles.	\$0	\$0
Importe máximo a pagar de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará usted de su bolsillo por los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B. (Ver Apartado 1.2 para más detalles).	\$2,500	\$2,500
Consultas médicas	Consultas a atención primaria: \$0 por consulta. Consultas a especialistas: \$0 por consulta.	Consultas a atención primaria: \$0 por consulta. Consultas a especialistas: \$0 por consulta.
Hospitalizaciones Incluye hospitalización de agudos, rehabilitación durante la hospitalización, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria empieza el día que es ingresado formalmente en el hospital por orden médica. El día antes del alta es su último día de hospitalización.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.

Costo	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
<p>Parte D cobertura de medicamentos de prescripción (Ver Apartado 1.6 para más detalles).</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise el Listado de medicamentos más reciente que ofrecemos electrónicamente. Si tiene cualquier pregunta acerca del Listado de medicamentos, puede también llamar al Centro de atención a los miembros de AvMed (los números de teléfono del Centro de atención a los miembros de AvMed aparecen en la última página de este folleto).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nivel 1: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$0 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$10 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$25 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 4: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$85 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$65 por receta</p> <p>Nivel 5: <i>Copago estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total <i>Copago preferente:</i> Usted paga el 33% del costo total</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nivel 1: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$0 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$10 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$25 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 4: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$85 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$60 por receta</p> <p>Nivel 5: <i>Copago estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total <i>Copago preferente:</i> Usted paga el 33% del costo total</p>

Aviso Anual de Cambios para 2022

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2022.....	1
APARTADO 1 Cambios en las prestaciones y costos para el próximo año.....	4
Apartado 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Apartado 1.2 – Cambios al importe máximo que pagará de su bolsillo	4
Apartado 1.3 – Cambios en la red de profesionales sanitarios.....	5
Apartado 1.4 – Cambios en la red de farmacias	6
Apartado 1.5 – Cambios en las prestaciones y costos de los servicios médicos...6	
Apartado 1.6 – Cambios a la Cobertura de los medicamentos de prescripción de la Parte D	9
APARTADO 2 Cambios administrativos	13
APARTADO 3 Decidir qué plan elegir	14
Apartado 3.1 – Si usted quiere quedarse en AvMed Medicare Circle	14
Apartado 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan	14
APARTADO 4 Fecha límite para cambiar de plan.....	15
¿Se puede cambiar en algún otro momento del año?	15
APARTADO 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare.....	15
APARTADO 6 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos de prescripción	15
APARTADO 7 ¿Preguntas?.....	16
Apartado 7.1 – Obtener ayuda de AvMed Medicare Circle	16
Apartado 7.2 – Obtener ayuda de Medicare	17

APARTADO 1 Cambios en las prestaciones y costos para el próximo año

Apartado 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
Prima mensual (Deberá también continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare).	\$0	\$0 Sin cambio respecto al 2021.

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una penalización por inscripción tardía para toda la vida de la Parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que haya sido al menos tan buena como la de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que tenga que pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Ayuda adicional” para los costos de sus medicamentos de prescripción. Por favor consulte el Apartado 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Apartado 1.2 – Cambios al importe máximo que pagará de su bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes médicos limiten cuánto ha de pagar usted de su propio bolsillo durante el año. Este límite se llama “el importe máximo de gasto de su propio bolsillo”. Una vez alcanzado este importe, generalmente usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
Importe máximo a pagar de su bolsillo Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para calcular su importe máximo de gasto de su propio bolsillo. Sus costos de medicamentos de prescripción no cuentan para calcular su importe máximo de gasto de su propio bolsillo.	\$2,500	\$2,500 Una vez haya pagado \$2,500 de su propio bolsillo por los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B durante el resto del año natural. Sin cambio respecto al 2021.

Apartado 1.3 – Cambios en la red de profesionales sanitarios

Hay cambios en nuestra red de profesionales sanitarios el próximo año. Se han añadido proveedores de cuidados paliativos a nuestra red. En nuestro sitio web encontrará un Directorio de profesionales y farmacias actualizado <https://www.avmed.org>. También puede llamar al Centro de atención a miembros para obtener información actualizada sobre profesionales o pedir que le enviemos un Directorio de profesionales y farmacias por correo. **Por favor revise el Directorio de profesionales y farmacias de 2022 para comprobar si sus profesionales (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que cambiamos los hospitales, médicos y especialistas (profesionales) que están en su plan a lo largo del año. Existen varios motivos por los cuales su profesional puede salir del plan, pero si su médico o especialista sale de su plan, tiene usted ciertos derechos y protección que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de profesionales puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por avisarle al menos con 30 días de antelación de que su profesional sale de nuestro plan para que tenga usted tiempo para seleccionar a otro profesional.
- Le ayudaremos a elegir a un nuevo profesional calificado que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si está usted recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médico necesario que está usted recibiendo no se interrumpa.

- Si usted considera que no le hemos proporcionado un profesional calificado para reemplazar al anterior o que su atención no está siendo manejada correctamente, tiene usted derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista sale de su plan, por favor póngase en contacto con nosotros para ayudarle a encontrar un nuevo profesional que maneje su atención médica.

Apartado 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los importes que pague usted por sus medicamentos de prescripción dependerán de qué farmacia utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas *solo* si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con un copago preferente, que pueden ofrecer un copago inferior al estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. En nuestro sitio web encontrará un Directorio de profesionales y farmacias actualizado <https://www.avmed.org>. También puede llamar al Centro de atención a miembros para obtener información actualizada sobre profesionales o pedir que le enviemos un Directorio de Profesionales y Farmacias por correo. **Por favor revise el Directorio de profesionales y farmacias de 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Apartado 1.5 – Cambios en las prestaciones y costos de los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. En la siguiente información se describen estos cambios. Para más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, ver el Capítulo 4, *Tabla de prestaciones médicas (lo que se cubre y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) podrán recibir cobertura para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, en inglés) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para tratamientos asistidos con medicamentos (MAT, en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EEUU (FDA).
- Dispensación y administración de medicamentos MAT (si procede)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
Servicios de apoyo domiciliario	Los servicios de apoyo domiciliario, proporcionados por Papa Pals, ofrecen 120 horas de servicios de asistencia y cuidados domiciliarios.	Los servicios de apoyo domiciliario, proporcionados por Papa Pals, ofrecen horas ilimitadas de servicios de asistencia y cuidados domiciliarios.
Servicios radiológicos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios	Usted paga \$0 - \$25 de copago o el 20% de coseguro por los servicios radiológicos terapéuticos.	Usted paga \$0 de copago por los servicios radiológicos terapéuticos realizados en una consulta o en centros no adheridos a un hospital. \$25 de copago por los servicios radiológicos terapéuticos en centros adheridos a un hospital.
Servicios hospitalarios ambulatorios	Usted paga \$175 por los servicios ambulatorios y de observación cubiertos por Medicare.	Usted paga \$100 por los servicios ambulatorios y de observación cubiertos por Medicare.
Importe del límite de cobertura inicial (ICL) de Parte D	\$6,000	\$8,000

Apartado 1.6 – Cambios a la Cobertura de los medicamentos de prescripción de la Parte D

Cambios en nuestro Listado de medicamentos

Nuestro Listado de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Listado de medicamentos”. Encontrará un ejemplar electrónico del Listado de medicamentos en nuestro sitio web <https://www.avmed.org>.

Hemos hecho cambios en el Listado de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos cubiertos y cambios a las restricciones aplicables a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise el Listado de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y comprobar si hubiera alguna restricción.**

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos, podrá:

- **Hablar con su médico (u otro prescriptor) y pedir que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Animamos a los miembros actuales a pedir una excepción antes del próximo año.**
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (¿Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones?))* o llame al Centro de atención a miembros de AvMed.
- **Hable con su médico (u otro prescriptor) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Puede llamar al Centro de atención a miembros de AvMed para pedir un Listado de medicamentos cubiertos que traten la misma dolencia médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para saber más acerca de dónde puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5, Apartado 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que esté usted recibiendo un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Puede o bien cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si usted recibió una aprobación de AvMed para hacer una excepción al formulario de 2021, por favor consulte la fecha de caducidad en la carta de aprobación. Deberá presentar una nueva solicitud de excepción al formulario si es necesario continuar con la medicación después de la fecha de caducidad de su anterior autorización. En algunos casos, AvMed podrá ampliar su autorización actual hasta el 31 de diciembre de 2022. En esos casos, le notificaremos de nuestra decisión de ampliar la autorización por escrito antes del nuevo año de entrada en vigor.

La mayoría de los cambios del Listado de medicamentos serán nuevos para el inicio del próximo año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2022, podremos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestro Listado de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo

nivel de copago o inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel de copago distinto o añadirle nuevas restricciones, o ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un medicamento de marca que va a ser reemplazado o trasladado a un nivel de copago mayor, ya no se le avisará siempre del cambio con 30 días de antelación ni recibirá un suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo la información sobre el cambio específico realizado, pero es posible que le llegue una vez realizado el cambio.

Cuando hacemos estos cambios en el Listado de medicamentos durante el año, usted podrá hablar con su médico (u otro prescriptor) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Asimismo, continuaremos actualizando nuestro Listado de medicamentos según lo programado y proporcionando la demás información requerida para indicar los cambios de medicamentos. (Para saber más acerca de los cambios que podemos hacer en el Listado de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Apartado 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos de prescripción

Nota: Si está usted en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que **la información acerca de los costos de los medicamentos de prescripción de la Parte D no le aplique a usted.** Hemos incluido un encarte adicional, llamado “Evidencia de cláusula de cobertura para aquellos que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos de prescripción” (también llamada “Cláusula de subsidio por ingresos bajos” o la “Cláusula LIS” en inglés), que explica los costos de los medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este encarte en este

paquete, por favor llame al Centro de atención a miembros de AvMed y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono del Centro de atención a miembros de AvMed están en el Apartado 7.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga usted por un medicamento de la Parte D dependerá de en qué etapa del pago de medicamentos se encuentra. (Puede consultar el Capítulo 6, Apartado 2 de su *Evidencia de cobertura* para más información acerca de las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas - Etapa de deducible anual y Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas - Fase de brecha de la cobertura o Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Apartados 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web <https://www.avmed.org>. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si algún otro cambio a las prestaciones o costos le afecta. Asimismo, puede llamar al Centro de atención a miembros de AvMed para pedir que se le envíe la *Evidencia de cobertura* por correo.]

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	<p>Dado que no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.</p> <p>No hay ningún deducible para AvMed Medicare Circle para insulinas seleccionadas. Usted paga \$0 - \$35 por insulinas seleccionadas.</p>	<p>Dado que no tenemos ningún deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.</p> <p>No hay ningún deducible para AvMed Medicare Circle para insulinas seleccionadas. Usted paga \$0 - \$35 por insulinas seleccionadas.</p>

Cambios a su copago en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Apartado 1.2, *Tipos de costos que puede pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*

Etapa	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte correspondiente al plan del costo de los medicamentos, y usted paga la suya.</p> <p>Los costos de esta fila son para el suministro de un mes de 30 días cuando le dispensen su receta en una farmacia de la red. Para información sobre los costos de un suministro a largo plazo o recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Apartado 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos en nuestro Listado de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en el Listado de medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$0 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$10 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$25 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$35 por insulinas seleccionadas <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por insulinas seleccionadas.</p> <p>Nivel 4: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$85 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$65 por receta</p> <p>Nivel 5: <i>Copago estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total <i>Copago preferente:</i> Usted paga el 33% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen \$6,000, usted pasará a la siguiente etapa (la Fase de brecha de la cobertura).</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$10 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$25 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por receta <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$25 por insulinas seleccionadas <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$0 por insulinas seleccionadas.</p> <p>Nivel 4: <i>Copago estándar:</i> Usted paga \$85 por receta <i>Copago preferente:</i> Usted paga \$60 por receta</p> <p>Nivel 5: <i>Copago estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total <i>Copago preferente:</i> Usted paga el 33% del costo total Usted paga \$35 por insulinas seleccionadas.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen \$8,000, usted pasará a la siguiente etapa (la Fase de brecha la de cobertura).</p>

Cambios en las Fases de brecha de la cobertura y Cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Fase de brecha de la cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica - son para personas con elevados costos farmacéuticos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Fase de brecha de la cobertura o a la Etapa de cobertura catastrófica.** Para información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Apartados 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

AvMed Medicare Circle ofrece cobertura adicional para esa brecha para las insulinas seleccionadas. Durante la Fase de brecha de la cobertura, los costos que pagará usted de su bolsillo por las insulinas seleccionadas serán \$0-\$25.

APARTADO 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (año en curso)	2022 (año próximo)
Cuidados paliativos	Cubiertos por Original Medicare.	Cuando se inscriba en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare en cualquier momento a partir del 1/1/22, los servicios de cuidados paliativos y sus servicios en la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal serán pagados por AvMed Medicare Circle.
Prestaciones para medicamentos sin receta	Soluciones de salud OTC (sin receta) de CVS	Los miembros del plan recibirán una tarjeta de débito precargada que podrán utilizar a través de NationsBenefits. Se podrá utilizar en establecimientos participantes o ubicaciones de pedido por correo. Los miembros pueden contactar con NationsBenefits al 1-877-239-2946; TTY 711, 24 horas al día, 7 días a la semana o por internet en members.nationsbenefits.com/avmed

APARTADO 3 Decidir qué plan elegir

Apartado 3.1 – Si usted quiere quedarse en AvMed Medicare Circle

Para quedarse en este plan usted no necesita hacer nada. Si usted no se apunta en otro plan ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro AvMed Medicare Circle.

Apartado 3.2 – Si usted quiere cambiar de plan

Esperamos mantenerle como miembro el año próximo, pero si usted quiere cambiar en 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Se puede unir a otro plan de salud de Medicare distinto,
- *O* – usted puede cambiar a Original Medicare. Si usted cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si quiere incorporarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se registra en un plan de medicamentos de Medicare, por favor vea el Apartado 2.1 sobre la posible penalización de inscribirse tardíamente en la Parte D.

Para saber más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea su guía *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (vea Apartado 5), o llame a Medicare (vea Apartado 7.2).

También encontrará información acerca de los planes en su zona utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificación de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que AvMed Medicare Circle ofrece otros planes de salud de Medicare. El plan puede variar en cobertura, prima mensual e importe de copago.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscribese en el nuevo plan**. Se le dará de baja automáticamente de AvMed Medicare Circle.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos de prescripción**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de AvMed Medicare Circle.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos de prescripción**, deberá o bien:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Contacte con el Centro de atención a miembros de AvMed si desea más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en el Apartado 7.1 de este folleto).

- – o – Contactar con **Medicare**, en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana, y solicitar que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

APARTADO 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted desea cambiar a otro plan o a Original Medicare el próximo año, podrá hacerlo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

¿Se puede cambiar en algún otro momento del año?

En ciertas situaciones, están permitidos los cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura de un empleador, y aquellos que se muden del área de servicio, podrán hacer cambios en otro momento del año. Para más información, consulte el Capítulo 10, Apartado 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted se ha inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan elegido, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para más información, consulte el Capítulo 10, Apartado 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

APARTADO 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP en inglés), es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Florida, el SHIP se llama el programa del Departamento de Asuntos de Mayores “SHINE” (Atendiendo las necesidades de seguro médico de los mayores).

SHINE es independiente (no está adherido a ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores de SHINE le pueden ayudar a resolver sus preguntas o problemas con Medicare. Le pueden ayudar a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas acerca de cambiar de plan. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (TTY 1-800-955-8770) Puede obtener más información acerca de SHINE visitando su sitio web (<http://www.floridashine.org>).

APARTADO 6 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos de prescripción

Es posible que tenga derecho a recibir ayuda para pagar sus medicamentos de prescripción. A continuación enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían tener derecho a “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos de prescripción. Si es su caso, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para medicamentos, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que tengan derecho no tendrán brecha de cobertura ni penalización por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y no lo saben. Para ver si este es su caso, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana;
 - La Oficina de la Seguridad Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda para el copago de prescripciones para personas con VIH/sida.** El Programa de ayuda para medicamentos de sida (ADAP en inglés) garantiza que las personas con derecho a ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir ciertos criterios, incluyendo demostrar su Estado de residencia y condición de VIH, ingresos bajos según definición del Estado, y no estar asegurado o estar infraasegurado. Los medicamentos de prescripción de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP, tienen derecho a la ayuda para el copago para prescripciones a través del Programa de ayuda para medicamentos para el sida del Departamento de Salud de Florida. Para más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a ADAP del Departamento de Salud de Florida al 1-850-245-4334 o visite el sitio web <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap>.

APARTADO 7 ¿Preguntas?

Apartado 7.1 – Obtener ayuda de AvMed Medicare Circle

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor llame al Centro de atención a miembros de AvMed al 1-800-782-8633. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para atender llamadas 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Puede contactar con el equipo de Gestión de casos de AvMed en el 800-972-8633 – opción 3. Cada centro de cuidados paliativos ofrece a los miembros un número de teléfono de asistencia de contacto frecuente cuando se inscriben.

Lea su Evidencia de cobertura 2022 (contiene detalles acerca de las prestaciones y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* ofrece un resumen de los cambios en sus prestaciones y costos en 2022. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2022* de AvMed Medicare Circle. La *Evidencia de cobertura* es la descripción contractual y detallada de las prestaciones de su plan. Allí se explican

sus derechos y las reglas que usted debe cumplir para obtener los servicios y medicamentos de prescripción cubiertos. Podrá obtener un ejemplar de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web <https://www.avmed.org>. Asimismo, puede llamar al Centro de atención a miembros de AvMed para pedir que se le envíe la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web <https://www.avmed.org>. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de profesionales (*Directorio de profesionales y farmacias*) y nuestro Listado de medicamentos cubiertos (Formulario/Listado de medicamentos).

Apartado 7.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información acerca de costos, cobertura y calificación de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Podrá encontrar información acerca de los planes disponibles en su zona utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año en otoño, este folleto es enviado por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de las prestaciones, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene un ejemplar de este folleto, lo puede obtener en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.