



Resumen de Beneficios 2021

AvMed Medicare Choice - Condado de Miami-Dade

H1016, Plan 001 (HMO)

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

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

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

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

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

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

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

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

Para más información, por favor llama al **1-800-535-9355 (TTY 711)**, o visítanos en <http://www.avmed.org>. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puedes llamarnos 7 días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, nos puedes llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice	Lo que debes saber
Prima mensual del plan	Sin costo para ti	Deberás continuar pagando tu prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Sin costo para ti	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima que saldrá de tu bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$3,400 anual	Incluye copagos y otros costos de los servicios médicos en el año.
Cobertura para pacientes ingresados	Copago de \$0 por día durante los días 1-5 Copago de \$55 por día durante los días 6-20 Copago de \$0 por día para los días 21-90 y los subsecuentes	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días ingresado en el hospital. Requiere autorización previa.
Cobertura para servicios ambulatorios de hospital	Copago de \$175 por los servicios en un hospital o establecimiento que sea propiedad del hospital.	Puede requerir autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$50 en centros independientes	Puede requerir autorización previa.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Médico de cabecera • Especialistas 	Copago de \$0 por visita a tu PCP Copago de \$0 por visita al especialista	Puede requerirse el referido de tu médico de cabecera para visitar a un especialista.
Cuidados preventivos (incluyendo la vacuna contra la gripe y neumonía, exámenes de detección de diabetes, mamografía)	Copago de \$0	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.
Servicios de emergencia/urgencia	Copago de \$100 por visita de atención de emergencia. Copago de \$10 por atención de urgencia	Si eres admitido en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrás que pagar tu parte del costo por los servicios de emergencia.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Servicios de laboratorio • Servicios diagnósticos de radiología (como resonancias magnéticas) • Rayos X para pacientes externos 	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$50-200 Copago de \$5-25	Algunos servicios requieren autorización previa. El copago puede variar según donde se realizó la prueba o servicio. Por favor contacta al plan para más información.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice	Lo que debes saber
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición (servicios para la audición cubiertos por Medicare) • Ajustes/evaluación • Audífonos 	Copago de \$5 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare Copago de \$0 por ajuste/evaluación Subsidio de \$1,200 por oído para comprar audífonos cada dos años	
Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral • Limpieza • Radiografías 	Pagas entre \$0-\$25 por exámenes orales Pagas entre \$0-\$45 por limpiezas Pagas entre \$0-\$35 por radiografías dentales	Por favor consulta la información de Delta Dental en la Evidencia de Cobertura para más detalles. Debes utilizar la red de proveedores de Delta Dental para que se cubran los servicios.
Servicios dentales exhaustivos <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofacial, otros servicios 	Dentro de la red: Paga \$0 - \$195 por servicio no rutinario Pagas \$0 - \$40 por diagnóstico Pagas \$22 - \$530 por restauración Pagas \$22 - \$535 por endodoncia Pagas \$0 - \$435 por periodoncia Pagas \$45 - \$175 por extracciones Pagas \$0 - \$700 por prostodoncia	Por favor consulta la información de Delta Dental en la Evidencia de Cobertura para más detalles. Debes utilizar la red de proveedores de Delta Dental para que se cubran los servicios.
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la vista cubiertos por Medicare • Examen rutinario de la vista Anteojos (marco y lentes) o lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto • Anteojos, después de cataratas 	Pagas \$0 por las visitas al consultorio cubiertas por Medicare que estén relacionadas con la visión, incluyendo los exámenes de la vista para diabéticos Pagas \$0 por exámenes oculares de rutina/refracción, una vez por año Subsidio de \$200 por año para anteojos Pagas \$0 por un par de anteojos, después de una cirugía de cataratas	
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes ingresados • Sesión de terapia de grupo como paciente externo • Sesión de terapia individual como paciente externo 	Copago de \$150 por día durante los días 1-9 Copago de \$0 por día durante los días 10-90 Copago de \$15 por sesión de terapia de grupo como paciente externo Copago de \$15 por sesión de terapia individual como paciente externo	Este plan tiene un máximo de por vida de 190 días para servicios de salud mental para pacientes ingresados.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice	Lo que debes saber
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día durante los días 1 - 20 Copago de \$160 por día durante los días 21-100	Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios en un centro de enfermería especializada.
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Sesión de terapia ocupacional • Sesión de terapia física y terapia del habla y lenguaje 	Copago de \$10 Copago de \$10	
Ambulancia	Copago de \$165 por viaje de ida	
Transportación	Copago de \$0 por transportación Hasta 8 viajes de ida por año	La transportación es proporcionada por un proveedor contratado para lugares aprobados por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	10 - 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia 10 - 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B	10% en el consultorio o en establecimientos no afiliados a los hospitales. 20% en hospitales o establecimientos afiliados a un hospital.
Cuidado de los pies (servicios de podología), incluyendo exámenes de los pies y tratamiento	Copago de \$5 Copago de \$5 por atención de rutina para los pies, una visita cada 60 días	
Cuidado de rutina de los pies Equipo médico/suministros <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales) • Suministros para diabetes 	Pagas 20% del costo Copago de \$0 para prótesis Copago de \$0 para suministros para diabetes Coaseguro de 20% para zapatos/plantillas para diabéticos	
Telemedicina/Visitas Virtuales	Copago de \$0 para cada visita virtual	Por favor consulta la Evidencia de Cobertura para más detalles.
Artículos sin receta	Obtén un subsidio mensual \$25 para comprar artículos selectos sin receta.	Visita el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos sin receta que están cubiertos.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Choice	Lo que debes saber
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Programas para estar en buena forma • Educación de temas de salud • Línea directa a servicios de enfermería • SilverSneakers® 	Copago de \$0	Para obtener más información de los programas de bienestar, por favor llámanos o consulta nuestra Evidencia de Cobertura en línea.
Beneficios de alimentos	Copago de \$0, 10 comidas máximo 5 días	

Medicamentos con receta para pacientes externos

Cobertura de la fase inicial

Este plan no tiene un deducible de la Parte D. Pagas lo siguiente hasta que el total de costos anuales llegue a \$4,500. El costo total anual de medicamentos es el costo total que pagamos ambos (tanto tú como nuestro plan de la Parte D).

COSTOS COMPARTIDOS PREFERIDOS	Farmacia minorista		Pedidos por correo	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: genéricos no preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: marcas preferidas	Copago de \$25	Copago de \$62.50	Copago de \$25	Copago de \$62.50
Nivel 4: marcas no preferidas	Copago de \$70	Copago de \$175	Copago de \$70	Copago de \$175
Nivel 5: nivel de especialidades	33%	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

COSTOS COMPARTIDOS ESTÁNDAR	Farmacia minorista		Pedidos por correo	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: genéricos no preferidos	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$10	Copago de \$30
Nivel 3: marcas preferidas	Copago de \$35	Copago de \$87.50	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 4: marcas no preferidas	Copago de \$85	Copago de \$212.50	Copago de \$85	Copago de \$255
Nivel 5: nivel de especialidades	33%	No se ofrece	No se ofrece	No se ofrece

Fase de “Brecha de la Cobertura”
(Después de que el total de los costos por medicamentos que pagamos tanto nosotros como tú haya alcanzado \$4,500 y hasta que llegues al máximo monto que debe salir de tu bolsillo, que es \$6,550)

Costos preferidos compartidos	Farmacia minorista		Pedidos por correo	
	Suministros de 30 días	Suministros de 90 días	Suministros de 30 días	Suministros de 90 días
Nivel 1 – Genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 – No preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Costos compartidos estándar	Farmacia minorista		Pedidos por correo	
	Suministros de 30 días	Suministros de 90 días	Suministros de 30 días	Suministros de 90 días
Nivel 1 – Genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 – No preferidos	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$10	Copago de \$30

Pagas 25% por todos los demás medicamentos con receta genéricos y de marca.

Cobertura de la fase catastrófica
 (Cuando los costos anuales que deben salir de tu bolsillo exceden \$6,550)

Medicamentos genéricos	\$3.70 de copago o 5% (lo que cueste más)
Medicamentos de marca	\$9.20 de copago o 5% (lo que cueste más)

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

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