
Resumen de Beneficios **Medicare**

CONDADO DE MIAMI-DADE



Juntos por tu bienestar.

Resumen de Beneficios

AVMED MEDICARE CHOICE
una Organización de Mantenimiento de la Salud Medicare
Advantage (HMO) por AvMed, Inc. con un contrato de Medicare
1 de enero, 2015 – 31 de diciembre, 2015
CONDADO DE MIAMI-DADE

Gracias por su interés en AvMed Medicare Choice.

Este manual le proporciona un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No muestra todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura" (EOC).

USTED TIENE OPCIONES PARA OBTENER SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de pago-por-servicio). El Medicare Original es administrado directamente por el gobierno de los Estados Unidos.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan médico de Medicare (como el AvMed Medicare Choice).

CONSEJOS PARA COMPARAR OPCIONES DE MEDICARE CHOICE

Este folleto le da un resumen de los beneficios que AvMed Medicare Choice cubre y lo que usted paga.

- Si usted quiere comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, obtenga el Resumen de Beneficios de los otros planes o utilice el Buscador de Planes de Medicare en **es.medicare.gov**.
- Si usted quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su folleto "Medicare y Usted." El folleto está disponible en línea en **es.medicare.gov**. También puede obtener una copia impresa del folleto 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.

SECCIONES EN ESTE FOLLETO

- Lo que debe saber sobre AvMed Medicare Choice
- Prima mensual, deducibles y límites en lo que debe pagar por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos de hospitalización
- Beneficios de Medicamentos Recetados

Este documento está disponible en otros formatos tales como Braille y de letras grandes.

Este documento está disponible en otros idiomas. Para más información, llámenos al: **1-800-782-8633** (TTY/TDD – 711 ó 1-800-955-8771).

LO QUE DEBE SABER SOBRE AVMED MEDICARE CHOICE

Horario:

Horario de Atención al Cliente durante el 1 de octubre al 14 de febrero: los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora Estándar del Este (EST).

Horario de Atención al Cliente durante el 15 de febrero al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Hora Estándar del Este (EST).

Números de Teléfono y Sitio Web:

- Si usted está afiliado a este plan, llame al número gratuito **1-800-782-8633** (o localmente al **305-671-5437 x22147**). (TTY / TDD - 711 o 1-800-955-8771).

Resumen de Beneficios

- Si usted no está afiliado a este plan, llame al número gratuito **1-800-535-9355** (o localmente al **305-671-5437 x21003**). (TTY/TDD – 711 or 1-800-955-8771)
- Nuestro sitio web: **www.espanol.avmed.org**

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse al AvMed Medicare Choice, debe tener derecho a la Parte A de Medicare y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el Condado de Miami-Dade, Florida.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

AvMed Medicare Choice cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias, y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no son de nuestra red, el plan no pagará por esos servicios.

Por lo general, usted debe utilizar las farmacias de la red para sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Nuestro directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan está disponible en nuestro sitio web (**www.avmed.org**).

También puede llamarnos y nosotros le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué es lo que cubrimos?

Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el Medicare Original . . . y más.

- Los afiliados de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por el Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, puede ser que tenga que pagar más en nuestro plan que con el Medicare Original.

Para otros beneficios, puede ser que pague menos.

- Nuestros afiliados también reciben más de lo que cubre el Medicare Original. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Usted puede ver en nuestro sitio web (**www.avmed.org**) el formulario completo (la lista de los medicamentos por receta de la Parte D) del plan y cualquier restricción.
- O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo puedo saber el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan clasifica los medicamentos en cinco "niveles." Usted tendrá que utilizar su formulario para saber en qué nivel se encuentra su medicamento y saber cuánto va a costar. La cantidad que usted paga depende de ese nivel y en qué etapa de los beneficios usted se encuentra. Más adelante en este documento explicamos esos niveles de beneficio: Cobertura Inicial, Interrupción en la Cobertura y Cobertura Catastrófica.

Resumen de Beneficios

LO QUE USTED PAGA POR SERVICIOS CUBIERTOS: PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES

AvMed Medicare Choice es un plan HMO con un contrato de Medicare. Las inscripciones en el AvMed Medicare Choice dependen de la renovación del contrato.

¿Cuánto cuesta la prima mensual?	\$0 al mes. Además, usted tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan no tiene deducible.
¿Hay un límite para lo que pago por mis servicios cubiertos?	<p>Sí. Como todos los planes de Medicare, nuestro plan lo protege porque incluye límites anuales de lo que usted paga de su bolsillo por atención médica y hospitalización.</p> <p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$4,000 por los servicios que reciba de proveedores de la red. <p>Si llega al límite de gastos de su bolsillo, usted sigue recibiendo los servicios médicos y de hospitalización y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Por favor tenga en cuenta que aun así tiene que pagar las primas mensuales y los costos compartidos para sus medicamentos por receta de la Parte D.</p>
¿Hay un límite para lo que el plan paga?	Anualmente nuestro plan tiene un límite de cobertura para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para saber cuáles son esos servicios.

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

- Nota:**
- Los servicios señalados con "1" pueden requerir autorización.
 - Los señalados con "2" pueden requerir un "referido" de su médico.

ATENCIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS

Acupuntura y Otras Terapias Alternativas	No son cubiertas
Ambulancia¹	\$100 de copago Copago por transporte en una sola dirección.
Servicios Quiroprácticos¹	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de esos huesos de la columna están dislocados): \$5 de copago.
Servicios Dentales	Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, las extracciones o la sustitución de dientes): \$0 a \$125 de copago, dependiendo del servicio. Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (máximo una cada seis meses): \$0-\$45 de copago, según el servicio • Radiografía dental (por una): \$0-\$28 de copago, según el servicio • Tratamiento con flúor: \$20 de copago • Examen oral (Máximo una cada seis meses): \$0-\$10 de copago, según el servicio Las radiografías de aleta de mordida (2-4 películas) están limitadas a una sesión en cualquier período de 12 meses consecutivos.
Suministros y Servicios para la Diabetes²	Suministros para monitoreo de la diabetes: 20% del costo Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Usted no paga nada Zapatos o plantillas terapéuticas: 20% del costo

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN (SIGUE)

ATENCIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS (SIGUE)

<p>Pruebas Diagnósticas, Análisis de Laboratorio, Servicios de Radiología y Rayos X^{1,2}</p>	<p>Los servicios diagnósticos de radiología (tales como resonancias magnéticas, tomografías CT): \$50-\$175 de copago o 20% del costo, dependiendo del servicio</p> <p>Los exámenes diagnósticos y los procedimientos: \$0-\$25 de copago, dependiendo del servicio</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted no paga nada</p> <p>Rayos X ambulatorios: \$25 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): \$35-\$60 de copago, dependiendo del servicio</p> <p>Tendrá un copago menor en procedimientos que se realicen en centros afiliados que no sean hospitales.</p>
<p>Visita en el Consultorio del Médico²</p>	<p>Visitas en el consultorio del médico de cabecera: Usted no paga nada.</p> <p>Consulta con especialistas: \$0-\$25, según el servicio prestado</p> <p>Menor copago cuando se utilizan proveedores de la Red de Alto Rendimiento de AvMed ("HPN")</p> <p>Para más información, vea el Directorio de Proveedores y Farmacias de AvMed 2015, o consulte la Evidencia de Cobertura 2015.</p>
<p>Equipo Médico Duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)¹</p>	<p>20% del costo</p>
<p>Servicios de la Sala de Emergencia</p>	<p>\$65 de copago</p> <p>Si a usted es admitido al hospital en un plazo de 24 horas, entonces no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta guía para otros costos.</p>

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN (SIGUE)

ATENCIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS (SIGUE)

<p>Cuidado de los Pies (servicios de podología)</p>	<p>Exámenes de los pies y tratamiento si los nervios están afectados por la diabetes o usted satisface ciertos requisitos: \$5 de copago</p> <p>Cuidado periódico de los pies (hasta 1 consulta): \$5 de copago</p> <p>Una consulta cada 60 días para el cuidado periódico de los pies, además de los beneficios de Medicare Original</p>
<p>Servicios Auditivos²</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$5 de copago</p>
<p>Atención Médica Domiciliaria^{1,2}</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Servicios de Salud Mental^{1,2}</p>	<p>Como paciente hospitalizado:</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días vitalicios para los servicios de salud mental como paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de los servicios de hospitalización se aplica también a los servicios mentales recibidos en un hospital general.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de ingreso en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicios." Estos son días "extras" que cubrimos. Si su ingreso en el hospital es más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización estará limitada a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago diario de \$150 para días 1 al 9 • Usted no paga nada al día para los días 10 a 90 <p>Sesión ambulatoria de terapia de grupo: \$15 de copago</p> <p>Sesión ambulatoria de terapia individual: \$15 de copago</p>

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN (SIGUE)

ATENCIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS (SIGUE)

Rehabilitación Ambulatoria^{1,2}	<p>Servicios cardíacos (corazón) de rehabilitación (máximo de 2 sesiones de una hora al día y hasta 36 sesiones en no más de 36 semanas): \$5 de copago</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: \$5 de copago</p> <p>Por cada sesión de terapia física y del habla y terapia del lenguaje: \$5 de copago</p>
Servicios Ambulatorios por Abuso de Sustancias^{1,2}	<p>Sesión de terapia de grupo: \$15 de copago</p> <p>Sesión de terapia individual: \$15 de copago</p>
Cirugía Ambulatoria^{1,2}	<p>Centro de cirugía ambulatoria: \$50-\$150 de copago, dependiendo del servicio</p> <p>Hospital para pacientes ambulatorios: \$50-\$150 de copago, dependiendo del servicio</p>
Artículos de Venta Libre	No son cubiertos
Prótesis (<i>aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.</i>)	Aparatos protésicos: usted no paga nada
Diálisis Renal^{1,2}	20% del costo
Transporte	No está cubierto
Atención Urgente	<p>\$25 de copago</p> <p>Si usted es admitido al hospital dentro de 24 horas de la urgencia, usted no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. Para otros gastos, vea la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta guía.</p>
Servicios de la Vista^{1,2}	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y trastornos de los ojos (incluyendo prueba anual para detectar glaucoma): \$5 de copago</p> <p>Examen periódico (máximo de 1 vez al año): \$5 de copago</p> <p>Lentes de contacto (para un máximo de 1 cada año): Usted no paga nada</p> <p>Espejuelos o anteojos (marcos y lentes y un máximo de 1 par cada año): Usted no paga nada.</p>

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN (SIGUE)

Servicios de la Vista^{1,2} (sigue)

Espeuelos (anteojos) o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada

Nuestro plan paga hasta \$100 al año para lentes de contacto y espeuelos (marcos y lentes).

El AvMed Medicare Choice ofrece un subsidio anual de \$100 para un par de espeuelos con un marco estándar o lentes de contacto, además de la cobertura de Medicare Original.

Exámenes de la vista realizados por optometristas no requieren un referido. Pero sí se requieren referidos para exámenes de la vista realizados por oftalmólogos.

ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Usted no paga nada.

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, como:

- Evaluación de Aneurisma Abdominal Aórtico
- Consejería para abuso del alcohol
- Medición de masa ósea
- Mamografía
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Evaluación cardiovascular
- Evaluación para la detección del cáncer cervical y vaginal
- Colonoscopia
- Evaluación del cáncer colorrectal
- Evaluación de la depresión
- Evaluación para la detección de diabetes
- Prueba de sangre oculta en las heces
- Examen del VIH
- Servicios médicos y terapéuticos de nutrición
- Evaluación y consejería sobre la obesidad

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN (SIGUE)

SERVICIOS PREVENTIVOS (SIGUE)

- Evaluación del cáncer de próstata (PSA)
- Evaluación y consejería sobre las infecciones de transmisión sexual
- Ayuda para dejar de fumar (para las personas sin síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas neumocócicas
- Consulta preventiva "Bienvenido al Medicare" (una sola)
- Visita anual "Wellness"

Está cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por el Medicare durante el año del contrato.

CUIDADO DE HOSPICIO

Usted no paga por los servicios si es un hospicio certificado por el Medicare. Puede ser que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y cuidados paliativos.

Estadía en el Hospital (internación)

Servicios de Hospitalización¹

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días en un hospital.

- Usted no paga nada al día desde el día 1 al 5
- Copago de \$55 diarios para los días 6 al 20
- Usted no paga nada por los días 21 al 90
- Usted no paga nada al día para los días 91 en adelante

Servicios de Salud Mental para Paciente Internado

Para los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la sección de "Servicios de Salud Mental" de este folleto.

Centro de Enfermería Especializada^{1,2}

Nuestro plan cubre hasta 100 días en uno de estos centros.

- Usted no paga nada al día desde el día 1 al 20 de su estadía
- \$135 de copago a partir del día 21 y hasta el día 100

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Cuánto pago?	Para los medicamentos de la Parte B como los de quimioterapia ¹ : 10-20% del costo según sea el medicamento Otros medicamentos de la Parte B ¹ : 10-20% del costo según sea el medicamento
Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual de los medicamentos llegue a la suma de \$4,000. El costo anual de los medicamentos es la suma total de los medicamentos pagados por usted y por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener los medicamentos en las farmacias de la red y en las farmacias de pedidos por correo.

Costo Compartido Estándar en Farmacia

NIVEL	Suministro Para Un Mes	Suministro Para Dos Meses	Suministro Para Tres Meses
Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genéricos No Preferidos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (De Marca Preferidos)	Copago \$25	Copago \$50	Copago \$75
Nivel 4 (De Marca No Preferidos)	Copago \$50	Copago \$100	Copago \$150
Nivel 5 (Nivel para Especiales)	33% del costo	No se ofrece	No se ofrece

Costo Compartido Estándar para Envíos Postales

NIVEL	Suministro Para Tres Meses
Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	\$0
Nivel 2 (Genéricos No Preferidos)	\$0
Nivel 3 (De Marca Preferidos)	Copago \$75
Nivel 4 (De Marca No Preferidos)	Copago \$150

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (SIGUE)

Cobertura Inicial (sigue)

Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Usted puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de nuestra red, pero puede ser que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

INTERRUPCIÓN EN LA COBERTURA

La mayoría de los planes de Medicare para los medicamentos tienen una interrupción en la cobertura (conocido como el "d" "donut hole"). O sea que hay un límite temporal para lo que puede cubrir el plan. La interrupción comenzará cuando usted y nuestro plan hemos gastado el costo total anual de los medicamentos (que sume \$4,000).

En el 2015, cuando comience su interrupción en la cobertura, usted pagará el 45% del precio del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 65% por los medicamentos genéricos hasta que los costos sumen \$4,700 que es el final de la interrupción en la cobertura. No todas las personas llegarán a la interrupción en la cobertura porque lo que gastan en medicamentos no es suficiente.

Bajo este plan, usted puede pagar incluso menos por los medicamentos de marca y genéricos que aparecen en el formulario.

Su costo varía según el nivel. Usted tendrá que utilizar su formulario para saber cuál es el nivel de su medicamento. Consulte la tabla que sigue para saber cuánto le va a costar.

Costo Compartido Estándar en Farmacia

NIVEL	Medicamentos Cubiertos	Suministro Para Un Mes	Suministro Para Dos Meses	Suministro Para Tres Meses
Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	Todos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genéricos No Preferidos)	Todos	\$0	\$0	\$0

Costo Compartido Estándar Para Pedidos Por Correo

NIVEL	Medicamentos Cubiertos	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genéricos Preferidos)	Todos	\$0
Nivel 2 (Genéricos No Preferidos)	Todos	\$0

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (SIGUE)

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después que el costo anual de los medicamentos pagados de su bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia o pedidos por correo) sume \$4,700, usted paga la cantidad mayor de:

- 5% del costo, o
- \$2.65 de copago para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca pero tratados como genéricos) y un copago de \$6.60 para todos los otros medicamentos.



