



## Resumen de Beneficios 2022

AvMed Medicare Premium Saver HMO - Condado de Broward

H1016, Plan 028 (HMO)

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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

AvMed Medicare Premium Saver HMO 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 Premium Saver HMO, 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 Florida: Broward.

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 puede 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 que medicamentos están cubiertos, y si hay algunas restricciones.

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

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) 24 horas al día y 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. 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 p.m.

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Plan AvMed Medicare Premium Saver HMO</b>	<b>Lo que debes saber</b>
Prima mensual del plan	Sin costo para ti	Deberás continuar pagando tu prima de la Parte B de Medicare.
Descuento en la Parte B de la prima	Tu plan descontará hasta \$100 de tu prima mensual de la Parte B	
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 \$200 por día durante los días 1-5 Copago de \$0 por día durante los días 6-90 y los subsecuentes	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días ingresado en el hospital. Requiere autorización previa.
Cobertura para servicios ambulatorios de hospital dentro de la red	Copago de \$175 por visita	Puede requerir autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$75 por visita	Puede requerir autorización previa.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de cabecera</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	Copago de \$0 por visita a tu médico de cabecera (PCP) Copago de \$25 por visita al especialista	Puede requerirse el referido de tu médico de cabecera para visitar a un especialista.
Cuidados preventivos (incluyendo las vacunas 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 \$120 por visita de atención de emergencia.  Pagas \$0-\$25 por visita de 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.

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Premium Saver HMO	Lo que debes saber
Pruebas diagnósticas/análisis de laboratorio/servicios de radiología <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos diagnósticos</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios diagnósticos de radiología (como resonancias magnéticas)</li> <li>• Rayos X para pacientes externos</li> </ul>	Copago de \$0 a \$25  Copago de \$0 Copago de \$0 a \$125  Copago de \$0	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.
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición (servicios para la audición cubiertos por Medicare)</li> <li>• Ajustes/Evaluación</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	Copago de \$5 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare  No están cubiertos No están cubiertos	El plan no cubre servicios de rutina o audífonos.
Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oral</li> <li>• Limpieza</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	No está cubierto No está cubierta No están cubiertas	El plan no cubre servicios dentales preventivos.
Servicios dentales exhaustivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios no de rutina</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofacial, otros servicios</li> </ul>	Pagas \$0 - \$175 por servicios dentales cubiertos por Medicare	

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Premium Saver HMO	Lo que debes saber
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen rutinario de la vista</li> <li>• Anteojos (marcoylentes) o lentes de contacto</li> <li>• Anteojos, después de cirugía de cataratas</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> Pagas \$0 por las visitas al consultorio cubiertas por Medicare que estén relacionadas con la visión, incluyendo los exámenes de la vista para diabéticos No están cubiertos Subsidio de \$200 por año para anteojos Pagas \$0 por un par de anteojos, después de una cirugía de cataratas	El plan no cubre anteojos ni lentes de contacto.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes ingresados</li> <li>• Sesión de terapia de grupo como paciente externo</li> <li>• Sesión de terapia individual como paciente externo</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$200 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 <b>Fuera de la red:</b> No aplica	Este plan tiene un máximo de por vida de 190 días para servicios de salud mental para pacientes ingresados.
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día durante los días 1 -20 Copago de \$60 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"> <li>• Sesión de terapia ocupacional</li> <li>• Sesión de terapia física y terapia del habla y lenguaje</li> </ul>	Copago de \$0 Copago de \$20	
Ambulancia	Copago de \$200 por viaje de ida en ambulancia por tierra	
Transportación	No está cubierta	
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 por visita Copago de \$5 por atención de rutina para los pies, una visita cada 60 días	
Cuidado de rutina de los pies		

Primas y Beneficios	Plan AvMed Medicare Premium Saver HMO	Lo que debes saber
Equipo médico/suministros <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>• Prótesis (como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales)</li> <li>• Suministros para diabetes</li> </ul>	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	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 para cada visita virtual	Por favor consulta la Evidencia de Cobertura para más detalles.
Artículos sin receta	<b>Dentro de la red:</b> Obtén un subsidio de \$25 cada tres meses 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.
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas para estar en buena forma</li> <li>• Educación de temas de salud</li> <li>• Línea directa a servicios de enfermería</li> <li>• SilverSneakers®</li> </ul>	Copago de \$0	Para obtener más información de los programas de bienestar, por favor llámanos o consulta nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

## 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 \$4,430. 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 100 días	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	No se ofrece	Copago de \$0
Nivel 2: genéricos no preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	No se ofrece	Copago de \$0
Nivel 3: marcas preferidas	Copago de \$40	Copago de \$100	No se ofrece	Copago de \$100
Nivel 4: marcas no preferidas	Copago de \$80	Copago de \$200	No se ofrece	Copago de \$200
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 100 días	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$5	Copago de \$12.50	No se ofrece	Copago de \$15
Nivel 2: genéricos no preferidos	Copago de \$20	Copago de \$50	No se ofrece	Copago de \$60
Nivel 3: marcas preferidas	Copago de \$47	Copago de \$118	No se ofrece	Copago de \$141
Nivel 4: marcas no preferidas	Copago de \$100	Copago de \$250	No se ofrece	Copago de \$300
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 \$4,430 y hasta que llegues al máximo monto que debe salir de tu bolsillo, que es \$7,050)**

Costos preferidos compartidos	Farmacia minorista		Pedidos por correo	
	Suministros de 30 días	Suministros de 100 días	Suministros de 30 días	Suministros de 100 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 100 días	Suministros de 30 días	Suministros de 100 días
Nivel 1 – Genéricos preferidos	Copago de \$5	Copago de \$12.50	No se ofrece	Copago de \$15
Nivel 2 – No preferidos	Copago de \$20	Copago de \$50	No se ofrece	Copago de \$60

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 \$7,050)**

Medicamentos genéricos	\$3.95 de copago o 5% (lo que cueste más)
Medicamentos de marca	\$9.85 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 (incluyendo atención a largo plazo e infusión en el hogar) 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.*