

AvMed Medicare Choice MA-PD (HMO) del Condado de Miami-Dade ofrecido por AvMed, Inc.

Aviso anual de cambios para el 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de **AvMed Medicare Choice**. 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 Atención para Miembros de AvMed 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, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” del 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún tengan cobertura.
 - Compare la información de los planes del 2024 y del 2025 para ver si cualquiera de los medicamentos pasó a un nivel de costos compartidos distinto o quedará sujeto a distintas restricciones, tales como la autorización previa, la terapia de pasos o el límite de cantidad, para 2025.

- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados podrían calificar para “Ayuda Adicional” de Medicare.
- 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 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- 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 2024, permanecerá inscrito en AvMed Medicare Choice.
- 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 2025**. Esto finalizará su inscripción en AvMed Medicare Choice (HMO).
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare hasta dos meses completos después del mes de haberse mudado.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Atención para 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 grande u otros formatos alternativos.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

- **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 Choice

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

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para el 2025 5

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 8

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 8

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 9

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 9

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 13

SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....188

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 188

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en AvMed Medicare Choice 188

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 188

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 199

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 20

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 20

SECCIÓN 7 Preguntas 21

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de AvMed Medicare Choice 21

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 22

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para AvMed Medicare Choice en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (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: \$0 copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 copago por consulta Consultas a especialistas: \$5 copago por consulta
Hospitalizaciones	\$0 copago por día	Días 1 al 5: \$75 copago por día Días 6 al 90: \$0 copago por día

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<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 Atención para Miembros de AvMed (Los números de teléfono del Centro de Atención para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$0 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$10 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$25 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$0 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta. ● Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$15 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 \$25 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$25 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$85 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$35 por receta. ● Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga el 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga el 33% del costo total. 	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$25 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$100 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$35 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. ● Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga el 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga el 33% del costo total. ● Medicamentos de Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> \$0 por receta.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Cobertura en situaciones catastróficas</p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.</p>	<p><i>Costo compartido preferido: \$0 por receta</i></p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>Sin cambio desde el 2024</p>

- 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.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Sección 1.2 – 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>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>	\$3,000	<p>\$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.</p> <p>Sin cambios respecto de 2024.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Las cantidades que pague por sus medicamentos con receto pueden depender de qué farmacia utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecer costos compartidos menores a los costos compartidos estándar que ofrecen farmacias de otras redes por algunos medicamentos.

En nuestro sitio web www.avmed.org se encuentran los directorios actualizados. También puede llamar al Centro de Atención 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. Esto incluye la incorporación de proveedores de cuidados paliativos en los condados de Miami-Dade y Broward a nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2025 www.avmed.org para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* www.avmed.org 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 Atención para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Tarjeta Flex	Recibe \$175 cada tres meses.	No están cubiertos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cuidado de hospicio</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal son pagados por AvMed Medicare Choice.</p> <p>No hay copago por receta para medicamentos y productos biológicos proporcionados por el hospicio para pacientes ambulatorios.</p> <p>No hay copago por día en una estadía de cuidado de relevo.</p> <p>La Atención Concurrente de Transición puede incluirse durante la elección de cuidados paliativos, pero solo puede ser proporcionada por proveedores participantes.</p>	<p>Los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal son pagados por Medicare.</p> <p>Hay un coaseguro del 5% de hasta \$5 por receta para medicamentos y productos biológicos proporcionados por el hospicio para pacientes ambulatorios.</p> <p>Hay un coaseguro del 5% de la cantidad aprobada por Medicare en una estadía de paciente interno de cuidado de relevo.</p> <p>No hay cobertura para la Atención Concurrente de Transición en 2025.</p>
<p>Estadía cubierta por Medicare para pacientes agudos hospitalizados</p>	<p>Paga \$0 de copago por día.</p>	<p>Días 1 al 5: paga \$75 de copago al día.</p> <p>Días 6 al 90: paga \$0 de copago al día.</p>
<p>Beneficio de comida</p>	<p>Paga \$0 de copago.</p> <p>10 comidas por 5 días después de salir del hospital.</p>	<p>Paga \$0 de copago.</p> <p>20 comidas por 10 días después de salir del hospital.</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Suministros médicos	Dentro de la red: No paga nada por este beneficio.	Dentro de la red: Paga un coaseguro del 20% por suministros médicos.
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Dentro de la red: Paga entre \$0 y \$175 de copago por servicios dentales.	Dentro de la red: Paga entre \$5 y \$200 de copago por servicios dentales.
Medicamentos con receta de la Parte B	Dentro de la red: Paga entre 10% y 20% de coaseguro por medicamentos con receta de la Parte B.	Dentro de la red: Paga el 20% de coaseguro por medicamentos con receta de la Parte B. Del 0% al 20% por medicamentos reembolsables de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA).
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Paga \$175 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	Dentro de la red: Paga \$200 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
Fisioterapia y terapia del habla	Dentro de la red: Paga \$15 de copago por servicios de fisioterapia y terapia del habla.	Dentro de la red: Paga \$20 de copago por servicios de fisioterapia y terapia del habla.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Consulta con el especialista	Paga \$0 de copago por consulta.	Paga \$5 de copago por consulta.
Servicios de radiología terapéutica	Dentro de la red: Paga entre \$35 y \$60 de copago por servicios de radiología terapéutica.	Dentro de la red: Paga el 20% de coaseguro por servicios de radiología terapéutica.

Sección 1.5 – 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.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea, al menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos algún cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

A partir de 2025, podremos eliminar inmediatamente medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos con nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que está siendo reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realicemos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Las definiciones de los tipos de medicamentos que se incluyen en este capítulo se pueden encontrar en el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) también proporciona información para el consumidor sobre los medicamentos. Consúltese el sitio web de la FDA <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede contactar a Atención para Miembros o pedirle más información a su proveedor de servicios médicos, a quien le receta o al farmacéutico.

Cambios en los beneficios y 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 a Servicios para los miembros y pida la Cláusula adicional LIS. Lo números telefónicos los puede encontrar *en* la sección 7.1 de este folleto.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas). La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuento del período sin cobertura ya no existirán en los beneficios de la Parte D.

El Programa de descuento del período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Bajo este programa, los fabricantes de medicamentos pagan una parte

del costo completo del plan para medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que paguen los fabricantes como parte del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p>	<p>Ya que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.</p> <p>AvMed Medicare Choice no tiene deducible para las insulinas seleccionadas. Paga \$25 - \$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 Choice no tiene deducible para las insulinas seleccionadas. Paga \$25 - \$35 por estas insulinas.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a 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>Sus costos por un suministro para un mes de medicamentos obtenidos en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$0 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$10 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de medicamentos obtenidos en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$0 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$15 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$35 por receta. Paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$25 por receta. Paga \$25 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 \$85 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$35 por receta.</p> <p>Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los</p>	<p>Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$47 por receta. Paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$25 por receta. Paga \$25 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. Paga \$35 por suministro mensual por cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$35 por receta. Paga \$35 por suministro mensual por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> Paga \$0 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado de su bolsillo \$2,000 por</p>

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	medicamentos alcancen los \$5,030 pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo completo del plan para medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que paguen los fabricantes como parte del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

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 la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pagos de Medicare para recetas</p>	<p>No corresponde.</p>	<p>El Plan de pagos de Medicare para recetas es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos al repartirlos en pagos mensuales que varían durante el año (enero a diciembre).</p> <p>Para más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en AvMed Medicare Choice

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 Choice.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, 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 Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

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 Medicare Original 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 2025*, 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 Choice.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en AvMed Medicare Choice.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Centro de Atención para Miembros.
 - *O BIEN*, 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 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original 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 2025.

¿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 2025 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 Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

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 Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare hasta dos meses completos después del mes de haberse mudado.

SECCIÓN 5 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 6 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 coaseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán 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.
- **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

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

vidas. Para ser elegible para ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en 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 ADAP*. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o para saber cómo seguir recibiendo asistencia si ya está inscrito llame al 1-850-245-4334. Al llamar, asegúrese de informar el nombre de su plan Medicare de la Parte D o su número de póliza.

- **El Plan de pagos de Medicare para recetas.** El Plan de pagos de Medicare para recetas es una nueva opción de pago que puede ayudarle a gestionar los costos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos al repartirlos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no representa un ahorro de dinero ni disminuye los costos de los medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, tiene más ventajas que participar en el Plan de pagos de Medicare para recetas. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pagos, sin importar el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para más información sobre esta opción de pago, contáctenos al 1-800-782-8633. (TTY solamente, llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de AvMed Medicare Choice

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Atención 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 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para AvMed Medicare Choice. 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

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

Evidencia de cobertura. También puede llamar a Atención para Miembros 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 7.2 – 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.

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 2025 (Medicare y Usted 2025)*

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. 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 multilingüeForm Approved
OMB# 0938-1421**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.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)

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。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Aprobación de OMB 0938-1051 (Caduca: 31 de agosto de 2026)