



Planes individuales y familiares de AvMed

Planes de salud económicos que te ayudarán a proteger lo que más importa.

¿Tienes
preguntas o estás
listo para inscribirte?



800-390-9355



AvMed.org/Shop



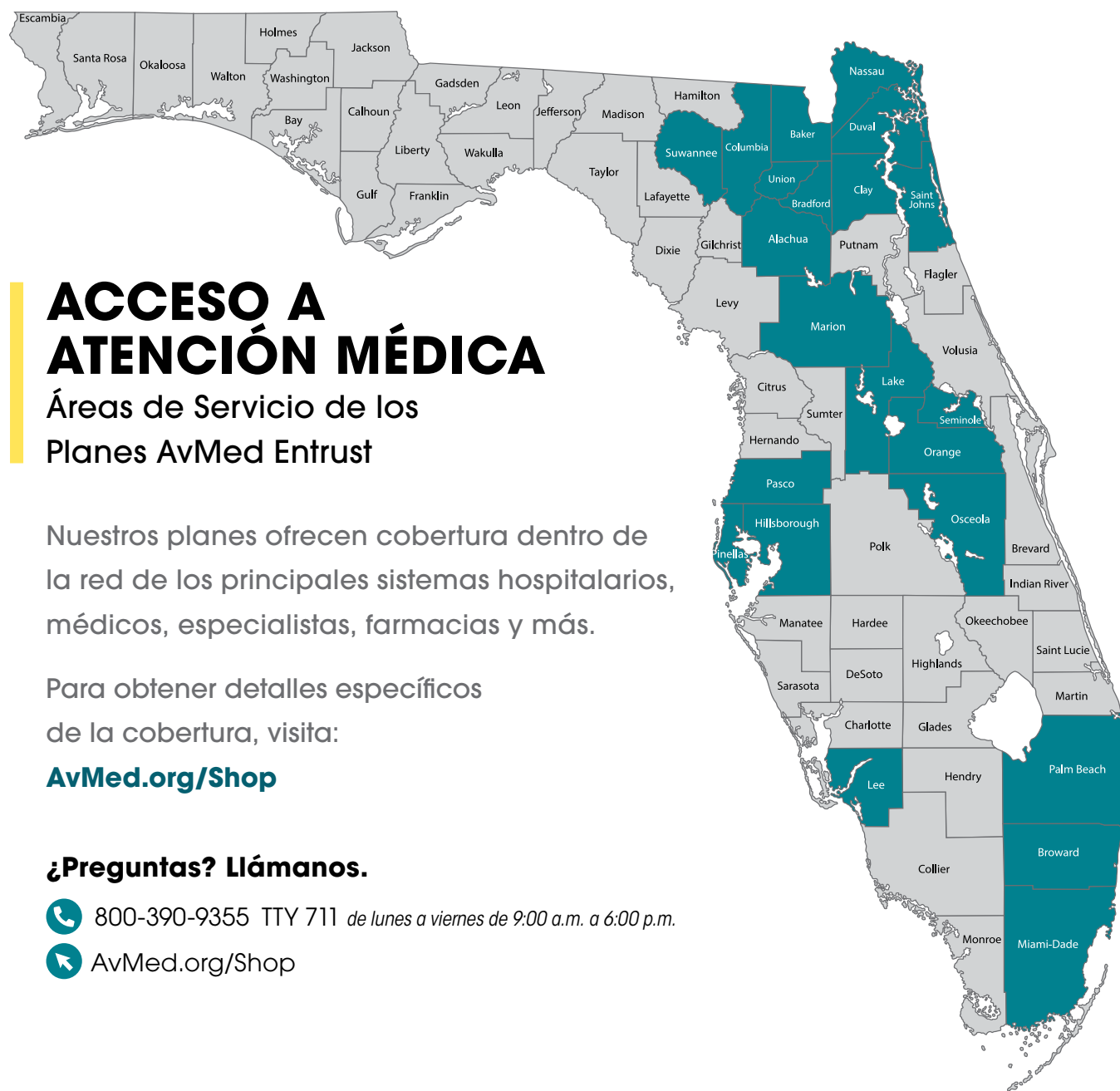
SERVICIO LOCAL DESDE HACE MÁS DE 55 AÑOS

Estamos aquí para ti, ya sea en persona, por teléfono o en línea.

*Estamos establecidos en la Florida desde hace más de 5 décadas,
dedicados a servir nuestras comunidades.*

TABLA DE CONTENIDO

Acceso a atención médica	2	Tu lista de verificación para el Período de Inscripción Abierta.....	8
Planes de salud individuales y familiares de AvMed	3	Guía de elegibilidad para subsidios.....	9
Nuestra calificación de calidad	4	Compara los planes de AvMed	10
La diferencia del plan de salud de AvMed.....	5	Preguntas frecuentes	11
Servicios y beneficios de valor añadido	6	Entendiendo los términos de la atención médica y lo que significan	12-13
Períodos de inscripción y fechas de vigencia.....	7		



ACCESO A ATENCIÓN MÉDICA

Áreas de Servicio de los Planes AvMed Entrust

Nuestros planes ofrecen cobertura dentro de la red de los principales sistemas hospitalarios, médicos, especialistas, farmacias y más.

Para obtener detalles específicos de la cobertura, visita:

[AvMed.org/Shop](https://www.avmed.org/shop)

¿Preguntas? Llámanos.

 800-390-9355 TTY 711 de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

 [AvMed.org/Shop](https://www.avmed.org/shop)

PLANES DE SALUD INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE AVMED

En esta guía encontrarás los conceptos básicos del plan de salud que te ayudarán a determinar qué plan de seguro se adapta mejor a tus necesidades, presupuesto y estilo de vida.

Encontrar la cobertura adecuada es más importante que nunca. Los planes individuales y familiares de AvMed ofrecen una cobertura adecuada a un precio económico. Como tenemos varias opciones, es fácil elegir el plan que más se ajusta a tus necesidades.



Estamos aquí para ayudarte.

Habla con un Asesor de Beneficios autorizado o revisa los planes y obtén una cotización.

NUESTRA CALIFICACIÓN DE CALIDAD

El plan Entrust de AvMed (elegible para subsidios) ha recibido 3 estrellas de 5 por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El número de estrellas indica qué tan bien funciona un plan según un sistema de calificación de 5 estrellas. Esta calificación se basa en diversos factores, que incluyen encuestas a los miembros, datos de médicos y hospitales y cuánto tiempo han permanecido los miembros con su plan de salud.

Calificación global:



Eficiencia, asequibilidad y administración del plan:



Administración de la calidad clínica:



Los CMS califican y evalúan a los planes de salud (QHPs) que califiquen a través del Mercado de Seguros Médicos, utilizando el Sistema de Calificación de Calidad (QRS) y se basan en los datos de medidas clínicas validadas por terceros y en las respuestas de las personas inscritas en un Plan de salud autorizado (QHP). Los CMS calculan las calificaciones anualmente en una escala de 5 estrellas. Las calificaciones pueden variar de un año a otro. La calificación de "Experiencia del Afiliado" no se informa debido a datos insuficientes para calcular una puntuación o calificación según la metodología del QRS.

LA DIFERENCIA DEL PLAN DE SALUD DE AVMED

AvMed es uno de los planes de salud sin fines de lucro más grandes y antiguos de Florida. Con sede en Miami, Florida, contamos con más de 55 años de experiencia enfocados en brindar planes rentables y de calidad así como excelentes servicios a nuestros miembros.



Acceso a atención médica: Los miembros de AvMed están conectados a una red de más de 24,000 proveedores.



Servicio al cliente excepcional: La cercanía de nuestros representantes y su conocimiento local nos permiten ir más allá para ayudar a nuestros miembros.



Herramientas para tu bienestar: El programa WELLfluent Living® brinda a nuestros miembros acceso a clases, recursos, orientación nutricional y mucho más para que puedan llevar una vida feliz y saludable.



SERVICIOS Y BENEFICIOS DE VALOR AÑADIDO

Nuestros planes incluyen beneficios para ayudar a controlar y administrar tu salud y reducir los costos. Estamos comprometidos con nuestra misión: mejorar la salud todos los días. Es por lo que siempre estamos innovando para agregarle valor a los productos y servicios que ofrecemos.

Herramientas para ahorro de costos

La Calculadora de Costos de AvMed te permite ver los costos totales de un procedimiento o servicio antes de programar una cita.

Rx Savings Solutions es un servicio de medicamentos gratuito y confidencial vinculado a tu plan, que te ayudará a encontrar las mejores ofertas en tus medicamentos con receta.

AvMed SmartShopper™ es una herramienta poderosa que recompensa a los miembros elegibles con reembolsos en efectivo cuando eligen la mejor atención al mejor precio.

Herramientas de bienestar

En AvMed, realmente creemos que las personas son más felices cuando viven una vida equilibrada y activa. Es lo que llamamos vivir como **VIVILLONARIO®** e incluye herramientas para ayudarte a alcanzar tus metas.

Es por eso que como miembro de AvMed, obtendrás acceso a programas de ejercicio, nutrición y otros recursos de bienestar, como programas de descuentos, herramientas para tu salud mental y más.

PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN Y FECHAS DE VIGENCIA

El Período de Inscripción Abierta (OEP, por sus siglas en inglés) para el plan de salud individual y familiar es:

**Del 1° de noviembre
al 15 de enero**

La fecha en la que el plan entra en vigor depende de cuándo te inscribas:

- Si te inscribes antes del 15 de diciembre, tu plan entrará en vigor el 1° de enero.
- Si te inscribes del 16 de diciembre al 15 de enero, tu plan entrará en vigor el 1° de febrero.

Período Especial de Inscripción (SEP)

SEP es el período fuera del OEP anual en el que una persona puede inscribirse en un plan de seguro médico. Para que esto suceda, la persona deberá haber tenido un evento específico en su vida y proporcionar prueba de elegibilidad para calificar. Tienes 60 días a partir del evento de vida que califique para inscribirte en un plan de salud. Para inscribirte durante el OEP no necesitas haber tenido un evento especial en tu vida.

¿Qué es un evento de vida calificado?

- Mudarte a una nueva área donde tu plan de salud actual no brinda cobertura
- Cumplir 26 años y salir del plan de salud de tus padres
- Perder tu cobertura de seguro médico por razones que no sean la falta de pago de las primas o fraude
- Casarte o divorciarte y necesitar agregar dependientes
- Tener un cambio sustancial en tus ingresos, lo que te puede calificar para obtener un subsidio o crédito fiscal con un plan del Mercado



TU LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

- ☐ **¿Eres elegible para un seguro de salud a través de tu empleador o de programas gubernamentales como Medicaid o Medicare?** De lo contrario, un plan de salud individual puede ser la mejor opción.
- ☐ **¿Estás perdiendo tu elegibilidad para Medicaid?** Podemos ayudarte a hacer la transición a un plan de salud económico y lleno de beneficios integrales.
- ☐ **¿Vas a cumplir 26 años?** Si es así, es posible que tus padres ya no puedan cubrirte en su póliza de seguro. Podemos ayudarte a elegir el plan adecuado para ti.
- ☐ **Comprende** cómo funcionan los deducibles, copagos y coaseguros.
- ☐ **Reúne información sobre los ingresos de tu hogar.** Es posible que califiques para un subsidio o una reducción de costos compartidos para ayudarte a reducir tus costos de atención médica.
- ☐ **Establece tu presupuesto.** Las primas mensuales y los gastos que salen de tu bolsillo son consideraciones importantes a la hora de seleccionar el plan de salud que mejor se adapte a tus necesidades.



GUÍA DE ELEGIBILIDAD PARA SUBSIDIOS

Crédito Tributario Anticipado para Primas (APTC)

Las personas pueden solicitar APTC para reducir su pago mensual de seguro (llamado la “prima”) cuando se inscriben en un plan a través del Mercado. El crédito fiscal se basa en la estimación de los ingresos de la persona y la información de su hogar en su solicitud del Mercado. Las personas pueden comprar un seguro a través de otras fuentes, pero la única forma de obtener un crédito fiscal es a través del Mercado.

Niveles Federales de Pobreza

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) emite cada año una medida de los ingresos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar la elegibilidad de los miembros para ciertos programas y beneficios, incluyendo los ahorros en el Intercambio y la cobertura de Medicaid y CHIP.

Personas en la familia/hogar	Niveles de pobreza
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150

Los niveles federales de pobreza de 2025 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia están vigentes a partir del enero de 2025.

Para familias/hogares con más de ocho personas, agrega \$5,500 por cada persona adicional.

Fuente: <https://aspe.hhs.gov/topics/povertyeconomic-mobility/poverty-guidelines>

COMPARA LOS PLANES DE AVMED

Cada tipo de plan ofrece varias opciones con precios que se ajustan en función de los beneficios, lo que te permitirá elegir el nivel exacto de cobertura que se adapte a tus necesidades.

Planes de 2026	Entrust Eligible para subsidio	Engage Basado en copago	Empower Amplia red	Entrust Plus ¡NUEVO!
Visitas preventivas a uncosto de \$0	X	X	X	X
No se requieren referidos para las consultas con un especialista			X	X
Visitas Virtuales	X	X	X	X
Programas de bienestar	X	X	X	X
Cobertura para medicamentos con receta	X	X	X	X
Elegible para HSA	X	X	X	X
Cobertura dental y de visión para adultos	X			X
Deducible mínimo	\$0 (Individual) \$0 (Familia)	\$2,000 (Individual) \$4,000 (Familia)	\$1,400 (Individual) \$2,800 (Familia)	\$0 (Individual) \$0 (Familia)
Límite mínimo de gastos que salen de tu bolsillo	\$1,000 (Individual) \$2,000 (Familia)	\$4,700 (Individual) \$9,400 (Familia)	\$5,400 (Individual) \$10,800 (Familia)	\$9,000 (Individual) \$18,000 (Familia)
Copago estimado dentro de la red: Primario vs Especialista	\$0 / \$10 y más	\$35 / \$70 y más	\$20 / \$40 y más	\$20 / \$40 y más

Para obtener más información sobre el plan, visita AvMed.org/shop.

Aspectos que tienes que considerar

El Mercado de Seguros Médicos clasifica los planes por niveles metálicos: Oro, Plata y Bronce. Cada uno de los planes de AvMed mencionados anteriormente (Entrust, Engage y Empower) están disponibles con diferentes opciones de niveles.

Si no anticipas necesitar muchos servicios de atención médica, es posible que desees considerar un plan bronce o plata con una prima mensual más baja; sin embargo, si tú o un miembro de tu familia tienen una lesión inesperada o enfermedad grave, los planes de AvMed de nivel Oro o Platino ofrecen beneficios más completos y cubrirían una mayor cantidad de los gastos que salen de tu bolsillo.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Cómo sé qué compañía de seguros es la adecuada para mí?

A la hora de elegir una compañía de seguros hay muchos factores que son importantes, como el precio, la red y los beneficios. Identifica lo que es importante para ti y elige la compañía que mejor se adapte a tu estilo de vida y a tus preferencias de beneficios.

¿Puedo comprar un seguro individual con una condición preexistente?

Sí. Las aseguradoras deben ofrecer planes de seguro a personas con condiciones preexistentes sin costo adicional. A esto se le llama disponibilidad garantizada bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

¿Cuál es la ventaja de usar medicamentos con receta genéricos?

Los medicamentos genéricos son una versión más económica de los medicamentos recetados estándar. La mayoría de los planes de salud ofrecen descuentos a los miembros por usar medicamentos genéricos. Recuerda analizar las opciones de medicamentos genéricos con tu médico de cabecera.

¿Todos los planes de salud incluyen beneficios adicionales?

Los planes AvMed ofrecen a los Miembros descuentos adicionales, servicios de valor agregado y otros programas de bienestar y prevención que no son parte del paquete de beneficios de un plan de salud, pero que están disponibles sin costo adicional. Si tienes preguntas sobre los beneficios adicionales, habla con un asesor de AvMed. Estos beneficios pueden ayudarte a ahorrar dinero y reducir tus costos médicos al ayudarte a mantenerte saludable.

¿Cómo puedo entender los términos de atención médica y cómo me impactan?

Existen numerosos términos asociados con los seguros médicos. Es importante entenderlos y cómo pueden afectarte a ti y a la cobertura que elijas. Para obtener más información sobre los términos del seguro médico y lo que significan, visita [healthcare.gov/glossary](https://www.healthcare.gov/glossary).



ENTENDIENDO LOS TÉRMINOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Existen numerosas palabras y términos asociados con los seguros médicos. Es importante tener una comprensión básica de su significado y cómo estos términos pueden afectarte a ti y a la cobertura que elijas.

Término	Definición
Autorización: El proceso mediante el cual el departamento de administración de atención médica de un plan de salud aprueba un servicio cubierto.	Cuando tu médico solicita un procedimiento o pruebas diagnósticas, medicamentos, etc., muchos planes requieren autorización previa. Esta es la aprobación otorgada por tu compañía de seguros. Si no se recibe esta aprobación, serás el responsable de todos los costos no autorizados de tu tratamiento, como si no tuvieras seguro.
Coaseguro: Costo compartido de los servicios cubiertos pagado por el plan y el miembro. Dependiendo del servicio, es posible que se aplique un monto de coaseguro antes de que alcances tu deducible o incluso después de que alcances tu deducible, en caso de que aplique.	Cada vez que usas tu plan de salud, estás usando tus beneficios. Por ejemplo, si te haces un procedimiento que cuesta \$5,000 y tu cobertura es del 20% después de un deducible de \$1,500, primero pagarás los \$1,500 (si aún no has alcanzado tu deducible), luego el 20% del saldo restante de \$3,500, es decir \$700.
Copago: Una cantidad fija, pagada en el momento en que se prestan los servicios. Es el monto que el miembro de un plan de salud paga cuando consulta a un proveedor participante para recibir servicios.	Una cantidad fija, como \$25, que gastarás al momento de tu visita cada vez que consultes a tu médico o surtas una receta.
Deducible: El monto en dólares que la persona cubierta es responsable de pagar antes de que los beneficios sean pagaderos por un plan de salud por los servicios cubiertos.	La parte que pagas antes de que comience tu cobertura. Por lo general, cuanto más alto sea tu deducible, menor será tu prima o pago mensual.
Dependiente: Un miembro de la familia que puede ser cubierto por tu plan de salud. Un dependiente puede ser un cónyuge o un hijo soltero (natural, hijastro o adoptado).	Agregar dependientes a tu plan puede aumentar el costo de tu prima.
Afiliado: Una persona que está inscrita en un plan de beneficios. También se les refiere como miembros.	Tú o los miembros de tu familia que estén inscritos en un plan de salud.
Explicación de Beneficios (EOB): Un documento impreso enviado a los miembros del plan de salud que describe los beneficios recibidos y los servicios por los que un proveedor de atención médica ha solicitado un pago.	No es una factura, sino un estado de cuenta detallado que muestra las medidas que tu plan de salud ha tomado con respecto a tus reclamos. Una EOB es para tu información y archivos.
Deducible familiar: Un deducible que se cubre con los gastos combinados de todos los miembros de la familia cubiertos.	La suma que la familia cubierta debe pagar por el costo del tratamiento antes de que los beneficios del programa entren en vigor.

ENTENDIENDO LOS TÉRMINOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA (CONTINUADO)

Término	Definición
Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés): Un tipo de cuenta de ahorros que te permite apartar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos calificados.	Cuando usas el dinero antes de impuestos de en una HSA para pagar deducibles, copagos, coaseguros y algunos otros gastos, es posible que puedas reducir los costos que salen de tu bolsillo para tu atención médica. Por lo general, los fondos de la HSA no se pueden usar para pagar primas.
Dentro de la red: El uso de proveedores que participan en la red del plan de salud. Muchos planes requieren que los miembros usen un proveedor participante (dentro de la red) para recibir beneficios o el nivel más alto de beneficios.	Médicos, hospitales y otros proveedores y centros de atención médica que han acordado brindar servicios a una tarifa reducida. Si no usas un proveedor dentro de la red, pagarás más.
Miembro: Cada persona inscrita y elegible para los servicios del plan de salud.	A cada miembro se le asigna un número de identificación en el plan de salud.
Atención para Miembros (servicios para miembros): Los empleados del plan de salud que están capacitados para ayudar a los miembros a comprender y usar los beneficios del plan específico del miembro.	Los representantes de AvMed están disponibles para responder tus preguntas, ofrecerte asistencia y brindarte la información que necesitas para obtener el mayor valor por tu dinero.
Desembolso máximo: La cantidad máxima que un miembro del plan de salud tendrá que pagar por los gastos cubiertos por el plan cada año.	Entre más alto sea el desembolso máximo, menor será tu prima o pago mensual.
Fuera de la red: El uso de proveedores fuera de la red.	Los proveedores que no tienen contrato con el plan de salud se consideran fuera de la red. Pagarás más por usarlos.
Proveedor participante: Cualquier médico, hospital, farmacia, laboratorio o proveedores y centros de atención médica bajo contrato con el plan de salud para brindar servicios a los miembros a un costo específico.	Son los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que forman parte de la red del plan de salud.
Atención preventiva: Los exámenes de salud preventivos ayudan a combatir las enfermedades transmisibles y a diagnosticar el cáncer en las etapas más tempranas y tratables. Tu plan de salud puede pagar todos o algunos de estos servicios, por lo que es importante aprovecharlos.	Los exámenes de salud preventivos ayudan a combatir enfermedades transmisibles y diagnosticar el cáncer en las etapas más tempranas y tratables. Tu plan de salud puede pagar todos o algunos de estos servicios, por lo que es importante aprovecharlos.
Área de servicio: Área de cobertura o las ubicaciones geográficas a las que da servicio un plan de salud.	Un área de servicio se define por sus límites. Asegúrate de que el plan y el proveedor que selecciones tengan una amplia red en el lugar donde vives y trabajas, para que no tengas que conducir una hora para ver a un médico.
Resumen de beneficios: Un documento que describe los beneficios que una persona puede recibir.	Estos resúmenes explican cómo tu plan cubre un incidente médico. Es útil revisar y comprender estos documentos para maximizar tu cobertura.



A Sentara Health Plan

PLANES INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE AVMED

¿Tienes preguntas o estás listo para inscribirte?



800-390-9355



AvMed.org/Shop



Para más información de los beneficios, exclusiones y limitaciones, acudir al (DsOB) Listado Detallado de Beneficios, al contrato de servicio individual y familiar de servicio hospitalario o contacte a su representante/vendedor de AvMed. AvMed cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, discapacidad o edad en sus programas y actividades; incluyendo en admisión o acceso a, o tratamiento o empleo en, sus programas y actividades. La siguiente persona ha sido designada para encargarse de sus preguntas sobre las políticas de no discriminación de AvMed AvMed 1557 Coordinator/Compliance, P.O. Box 66189, Virginia Beach, VA 23466 por teléfono al 757-552-7485 (TTY 711), o por email a SHPNDN@sentara.com.