



EXPRESS SCRIPTS®
Medicare (PDP)

| Plan Value | Plan Saver | Plan Choice

S5660 y S5983



RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2020

1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020



**PLANES DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE
MEDICARE QUE SE ADAPTAN A SUS NECESIDADES
Y PRESUPUESTO**

Este documento está disponible en braille, en letra grande y otros formatos para personas con discapacidades. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita información del plan en otro formato.

Express Scripts Medicare (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Express Scripts Medicare depende de la renovación del contrato.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2020

1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubren los planes **Express Scripts Medicare®** (PDP) Value, Saver y Choice y de lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede consultar nuestra *Evidencia de Cobertura* en línea, en express-scriptsmedicare.com/2020documents, o llamar al Servicio al cliente para obtener más información o para solicitar una *Evidencia de Cobertura*.

INFORMACIÓN DE CONTACTO



¿Cómo puedo comunicarme con Express Scripts Medicare?

Si no es miembro de este plan:

Llame al número gratuito al **1.866.477.5704**; TTY: **1.800.716.3231**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto durante Acción de Gracias y Navidad.
Sitio web: express-scriptsmedicare.com

Si es miembro de este plan:

Llame al número gratuito al **1.800.758.4574** (los residentes del estado de New York deben llamar al: **1.800.758.4570**); TTY: **1.800.716.3231**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Sitio web: express-scripts.com

INFORMACIÓN ACERCA DE EXPRESS SCRIPTS MEDICARE (PDP)



¿Quién puede unirse a nuestro plan?

Para unirse a Express Scripts Medicare (PDP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye:

- Plan Value: todos los 50 estados, District of Columbia y Puerto Rico.
- Plan Saver: todos los 50 estados, District of Columbia y Puerto Rico.
- Plan Choice: todos los 50 estados y District of Columbia.



¿Qué medicamentos están cubiertos?

Por lo general, cubriremos los medicamentos en nuestro formulario (lista de medicamentos con receta cubiertos de la Parte D) siempre y cuando el medicamento sea medicamento necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Express Scripts Medicare y se sigan algunas reglas del plan.

Puede consultar en línea el formulario completo para 2020 de cada uno de nuestros planes, así como las restricciones, en express-scriptsmedicare.com/2020formulary.



¿Qué farmacias puedo utilizar?

Contamos con una red de farmacias (estándar y preferida) y, en general, usted debe utilizar estas farmacias para surtir sus recetas de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Si utiliza una farmacia fuera de la red, es posible que el plan no pague estos medicamentos y usted deba pagar más de lo que paga en una farmacia en la red. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos. Puede pagar menos si utiliza estas farmacias.

Puede verificar en línea si su farmacia se encuentra en nuestra red en nuestro sitio web, express-scriptsmedicare.com/2020network.

USO DE UN PLAN DE LA PARTE D

¿Cómo se determinan los costos de los medicamentos?

El costo puede variar según:

- **El nivel del medicamento**
Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de cinco “niveles”.
- **El tipo de farmacia que utilice**
Nuestros planes ofrecen farmacias minoristas de la red preferidas y estándares, entregas a domicilio de Express Scripts PharmacySM, como también farmacias de cuidado a largo plazo, de servicio de infusión en el hogar y Farmacias del Servicio de Salud Indígena para el Programa de Salud Indígena/Tribal/Urbano (I/T/U).
- **La cantidad de días para los que está escrita la receta**
Nuestros planes normalmente ofrecen un suministro para 30 días, para 90 días o ambos, según el nivel del medicamento.
- **Qué etapa del beneficio ha alcanzado**
Consulte información sobre las etapas del beneficio a continuación.

¿CUÁLES SON LAS ETAPAS DEL BENEFICIO DE LA PARTE D DE MEDICARE?

- **Etapa de Deducible**
En esta etapa, usted paga una cantidad establecida antes de que su plan comience a pagar la parte del costo que le corresponde.
- **Etapa de Cobertura Inicial**
Esta etapa comienza después de que pague su deducible anual. Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales anuales de medicamentos llegan a \$4,020. (Los costos totales anuales de medicamentos incluyen los costos totales de medicamentos pagados por usted y por cualquier plan de la Parte D desde el inicio del año calendario).
- **Etapa de Falta de Cobertura (o período sin cobertura)**
Esta etapa comienza después de que el costo total anual de medicamentos supera los \$4,020. **La mayoría de los miembros no llega a la Falta de Cobertura.**
- **Etapa de Cobertura Catastrófica**
Esta etapa comienza después de que sus costos directos de su bolsillo hasta la fecha superan los \$6,350.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE BENEFICIOS DEL PLAN VALUE

PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$29.20 Y \$57.70

Consulte la página 5 para conocer el monto de la prima en su estado.

Deducible anual: \$435

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia minorista preferida		Farmacia minorista estándar		Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$1	Copago de \$3	Copago de \$9	Copago de \$27	Copago de \$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$9	Copago de \$12	Copago de \$36	Copago de \$6
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	El copago varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 5 y 6.				
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	El coseguro varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 7 y 8. (Suministro para 30 días únicamente)				
Nivel 5 Medicamentos especializados	25 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)				

DESCRIPCIÓN GENERAL DE BENEFICIOS DEL PLAN SAVER

PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$18.30 Y \$32.10

Consulte la página 9 para conocer el monto de la prima en su estado.

Deducible anual: \$0 por de los Niveles 1 y 2; \$435 para los Niveles 3, 4 y 5

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia minorista preferida		Farmacia minorista estándar		Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$1	Copago de \$3	Copago de \$9	Copago de \$27	Copago de \$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$12	Copago de \$36	Copago de \$8
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$30	Copago de \$90	Copago de \$39	Copago de \$117	Copago de \$90
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	El coseguro varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 9 y 10. (Suministro para 30 días únicamente)				
Nivel 5 Medicamentos especializados	25 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)				

DESCRIPCIÓN GENERAL DE BENEFICIOS DEL PLAN CHOICE

PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$74.60 Y \$95.20

Consulte la página 11 para conocer el monto de la prima en su estado.

Deducible anual: \$0 por de los Niveles 1 y 2; \$250 para los Niveles 3, 4 y 5

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia minorista preferida		Farmacia minorista estándar		Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$2	Copago de \$6	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Copago de \$7	Copago de \$21	Copago de \$20	Copago de \$60	Copago de \$4
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$42	Copago de \$126	Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$126
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	El coseguro varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 11 y 12. (Suministro para 30 días únicamente)				
Nivel 5 Medicamentos especializados	28 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)				

En todos los planes de Express Scripts Medicare, los montos de costo compartido en farmacias de cuidado a largo plazo, de servicio de infusión en el hogar, I/T/U y en farmacias fuera de la red son iguales a los de una farmacia minorista estándar. Los suministros en estas farmacias se limitan a 30 días, excepto en las farmacias de cuidado a largo plazo que podrán entregar suministros de hasta 31 días.

Costos compartidos en la Etapa de Falta de Cobertura (o período sin cobertura)

Si llega a esta etapa, usted pagará el 25 % del costo por los medicamentos genéricos y el 25 % del costo por los medicamentos de marca, excluidos los cargos de suministro y administración de vacunas, hasta que sus costos directos de su bolsillo alcancen los \$6,350.

Para el plan Choice, ofrecemos cobertura adicional durante la Etapa de Falta de Cobertura para los medicamentos de los Niveles 1 y 2. Por estos medicamentos, usted pagará el mismo monto que en la Etapa de Cobertura Inicial, según se indica en el cuadro más arriba. Para los medicamentos restantes, usted pagará el 25 % del costo por los medicamentos genéricos y el 25 % del costo por los medicamentos de marca, excluidos los cargos de suministro y administración de vacunas, hasta que el total de sus costos directos de su bolsillo del año hasta la fecha sea \$6,350.

Costos compartidos en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Durante esta etapa, usted paga la suma mayor entre \$3.60 o el 5 % del costo por los medicamentos genéricos y la suma mayor entre \$8.95 o el 5 % del costo por todos los demás medicamentos.

PLAN VALUE

Consulte los cuadros a continuación para conocer las primas y los costos compartidos de los Niveles 3 y 4 para su estado.

Primas del plan Value por estado		Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.			
Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$31.40	Louisiana	\$31.60	Oklahoma	\$42.00
Alaska	\$29.20	Maine	\$29.20	Oregon	\$53.80
Arizona	\$34.10	Maryland	\$31.10	Pennsylvania	\$35.70
Arkansas	\$35.70	Massachusetts	\$37.00	Puerto Rico	\$41.80
California	\$57.70	Michigan	\$31.00	Rhode Island	\$37.00
Colorado	\$56.00	Minnesota	\$44.50	South Carolina	\$49.40
Connecticut	\$37.00	Mississippi	\$44.50	South Dakota	\$44.50
Delaware	\$31.10	Missouri	\$47.10	Tennessee	\$31.40
District of Columbia	\$31.10	Montana	\$44.50	Texas	\$45.60
Florida	\$55.10	Nebraska	\$44.50	Utah	\$39.10
Georgia	\$44.80	Nevada	\$47.40	Vermont	\$37.00
Hawaii	\$41.40	New Hampshire	\$29.20	Virginia	\$47.90
Idaho	\$39.10	New Jersey	\$33.70	Washington	\$53.80
Illinois	\$43.30	New Mexico	\$45.30	West Virginia	\$35.70
Indiana	\$32.80	New York	\$35.50	Wisconsin	\$37.00
Iowa	\$44.50	North Carolina	\$40.40	Wyoming	\$44.50
Kansas	\$46.30	North Dakota	\$44.50		
Kentucky	\$32.80	Ohio	\$47.90		

Plan Value - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 3 por estado					
Estado	Farmacia preferida		Farmacia estándar		Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días
Alabama	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Alaska	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Arizona	\$27	\$81	\$37	\$111	\$81
Arkansas	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
California	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Colorado	\$27	\$81	\$37	\$111	\$81
Connecticut	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Delaware	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
District of Columbia	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Florida	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Georgia	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Hawaii	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Idaho	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75

Plan Value - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 3 por estado, continuación

Estado	Farmacia preferida		Farmacia estándar		Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días
Illinois	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Indiana	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Iowa	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
Kansas	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Kentucky	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Louisiana	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Maine	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Maryland	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Massachusetts	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Michigan	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Minnesota	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
Mississippi	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Missouri	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Montana	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
Nebraska	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
Nevada	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
New Hampshire	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
New Jersey	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
New Mexico	\$29	\$87	\$39	\$117	\$87
New York	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
North Carolina	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
North Dakota	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
Ohio	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Oklahoma	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Oregon	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Pennsylvania	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Puerto Rico	\$27	\$81	\$37	\$111	\$81
Rhode Island	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
South Carolina	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
South Dakota	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84
Tennessee	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Texas	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Utah	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Vermont	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Virginia	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Washington	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
West Virginia	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Wisconsin	\$25	\$75	\$35	\$105	\$75
Wyoming	\$28	\$84	\$38	\$114	\$84

Plan Value - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado

Estado	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días
Alabama	34 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Alaska	36 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Arizona	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
Arkansas	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
California	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
Colorado	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Connecticut	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Delaware	35 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
District of Columbia	35 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Florida	45 % del costo	47 % del costo	47 % del costo
Georgia	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
Hawaii	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
Idaho	35 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Illinois	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Indiana	34 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Iowa	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Kansas	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
Kentucky	34 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Louisiana	30 % del costo	32 % del costo	32 % del costo
Maine	39 % del costo	41 % del costo	41 % del costo
Maryland	35 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Massachusetts	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Michigan	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Minnesota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Mississippi	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
Missouri	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
Montana	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Nebraska	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Nevada	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New Hampshire	39 % del costo	41 % del costo	41 % del costo
New Jersey	32 % del costo	34 % del costo	34 % del costo
New Mexico	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New York	35 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
North Carolina	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
North Dakota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo

Plan Value - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado, continuación

Estado	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días
Ohio	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Oklahoma	36 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Oregon	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
Pennsylvania	32 % del costo	34 % del costo	34 % del costo
Puerto Rico	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Rhode Island	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
South Carolina	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
South Dakota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Tennessee	34 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Texas	45 % del costo	47 % del costo	47 % del costo
Utah	35 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Vermont	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Virginia	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
Washington	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
West Virginia	32 % del costo	34 % del costo	34 % del costo
Wisconsin	39 % del costo	41 % del costo	41 % del costo
Wyoming	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo

PLAN SAVER

Consulte los cuadros a continuación para conocer las primas y los costos compartidos del Nivel 4 para su estado.

Primas del plan Saver por estado					
Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.					
Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$22.20	Louisiana	\$25.20	Oklahoma	\$23.50
Alaska	\$28.50	Maine	\$22.60	Oregon	\$29.30
Arizona	\$19.60	Maryland	\$25.10	Pennsylvania	\$22.70
Arkansas	\$25.20	Massachusetts	\$24.10	Puerto Rico	\$20.20
California	\$28.50	Michigan	\$26.40	Rhode Island	\$24.10
Colorado	\$31.80	Minnesota	\$22.00	South Carolina	\$25.40
Connecticut	\$24.10	Mississippi	\$24.70	South Dakota	\$22.00
Delaware	\$25.10	Missouri	\$23.40	Tennessee	\$22.20
District of Columbia	\$25.10	Montana	\$22.00	Texas	\$24.10
Florida	\$27.50	Nebraska	\$22.00	Utah	\$21.20
Georgia	\$25.10	Nevada	\$21.60	Vermont	\$24.10
Hawaii	\$18.30	New Hampshire	\$22.60	Virginia	\$23.80
Idaho	\$21.20	New Jersey	\$24.30	Washington	\$29.30
Illinois	\$27.90	New Mexico	\$27.00	West Virginia	\$22.70
Indiana	\$19.70	New York	\$32.10	Wisconsin	\$24.10
Iowa	\$22.00	North Carolina	\$23.20	Wyoming	\$22.00
Kansas	\$21.90	North Dakota	\$22.00		
Kentucky	\$19.70	Ohio	\$19.70		

Plan Saver – Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado			
Estado	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días
Alabama	39 % del costo	41 % del costo	41 % del costo
Alaska	40 % del costo	42 % del costo	42 % del costo
Arizona	45 % del costo	47 % del costo	47 % del costo
Arkansas	42 % del costo	44 % del costo	44 % del costo
California	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Colorado	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
Connecticut	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Delaware	43 % del costo	45 % del costo	45 % del costo
District of Columbia	43 % del costo	45 % del costo	45 % del costo
Florida	43 % del costo	45 % del costo	45 % del costo
Georgia	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Hawaii	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Idaho	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo

Plan Saver - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado, continuación

Estado	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días
Illinois	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Indiana	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
Iowa	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Kansas	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Kentucky	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
Louisiana	37 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Maine	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Maryland	43 % del costo	45 % del costo	45 % del costo
Massachusetts	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Michigan	36 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Minnesota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Mississippi	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
Missouri	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Montana	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Nebraska	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Nevada	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New Hampshire	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New Jersey	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
New Mexico	44 % del costo	46 % del costo	46 % del costo
New York	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
North Carolina	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
North Dakota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Ohio	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Oklahoma	38 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Oregon	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Pennsylvania	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Puerto Rico	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Rhode Island	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
South Carolina	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
South Dakota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Tennessee	39 % del costo	41 % del costo	41 % del costo
Texas	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Utah	41 % del costo	43 % del costo	43 % del costo
Vermont	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Virginia	45 % del costo	47 % del costo	47 % del costo
Washington	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
West Virginia	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Wisconsin	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Wyoming	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo

PLAN CHOICE

Consulte los cuadros a continuación para conocer las primas y los costos compartidos del Nivel 4 para su estado.

Primas del plan Choice por estado Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.					
Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$75.00	Louisiana	\$89.20	Oklahoma	\$74.60
Alaska	\$85.20	Maine	\$84.10	Oregon	\$83.70
Arizona	\$87.60	Maryland	\$74.70	Pennsylvania	\$82.50
Arkansas	\$86.70	Massachusetts	\$84.80	Rhode Island	\$84.80
California	\$95.20	Michigan	\$74.60	South Carolina	\$89.50
Colorado	\$91.20	Minnesota	\$85.60	South Dakota	\$85.60
Connecticut	\$84.80	Mississippi	\$74.70	Tennessee	\$75.00
Delaware	\$74.70	Missouri	\$89.00	Texas	\$86.80
District of Columbia	\$74.70	Montana	\$85.60	Utah	\$74.60
Florida	\$87.60	Nebraska	\$85.60	Vermont	\$84.80
Georgia	\$84.20	Nevada	\$83.80	Virginia	\$74.60
Hawaii	\$74.60	New Hampshire	\$84.10	Washington	\$83.70
Idaho	\$74.60	New Jersey	\$90.20	West Virginia	\$82.50
Illinois	\$85.60	New Mexico	\$74.60	Wisconsin	\$89.80
Indiana	\$74.70	New York	\$91.20	Wyoming	\$85.60
Iowa	\$85.60	North Carolina	\$86.40		
Kansas	\$74.70	North Dakota	\$85.60		
Kentucky	\$74.70	Ohio	\$74.70		

Plan Choice – Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado			
Estado	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días
Alabama	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Alaska	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Arizona	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Arkansas	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
California	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Colorado	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Connecticut	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Delaware	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
District of Columbia	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Florida	46 % del costo	48 % del costo	48 % del costo
Georgia	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Hawaii	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Idaho	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo

Plan Choice – Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado, continuación

Estado	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Pedido por correo preferido
	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días	Suministro para 30 días
Illinois	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Indiana	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Iowa	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Kansas	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Kentucky	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Louisiana	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Maine	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Maryland	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Massachusetts	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Michigan	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
Minnesota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Mississippi	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Missouri	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Montana	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Nebraska	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Nevada	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New Hampshire	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New Jersey	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New Mexico	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
New York	47 % del costo	49 % del costo	49 % del costo
North Carolina	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
North Dakota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Ohio	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Oklahoma	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Oregon	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Pennsylvania	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Rhode Island	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
South Carolina	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
South Dakota	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Tennessee	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Texas	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Utah	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Vermont	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Virginia	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Washington	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
West Virginia	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Wisconsin	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo
Wyoming	48 % del costo	50 % del costo	50 % del costo

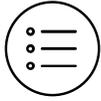
Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted* actual. Consulte este manual en línea en medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

La red de farmacias de Express Scripts Medicare incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas con costos más bajos en áreas rurales de Alaska; el plan Saver también incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas con costos más bajos en áreas rurales de Iowa, Minnesota, Montana, Nebraska, North Dakota, South Dakota y Wyoming, y en áreas suburbanas de Puerto Rico. Los costos más bajos que se publican en los materiales de nuestros planes para estas farmacias pueden no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas con costos más bajos en su área, llame al Servicio al cliente al **1.800.758.4574** (los residentes del estado de New York deben llamar al **1.800.758.4570**); los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**, o bien, consulte el directorio de farmacias en línea en **express-scriptsmedicare.com/2020network**.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.800.758.4574**; para residentes del estado de New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

Las imágenes solo tienen fines ilustrativos y no representan a pacientes reales.

© 2019 Express Scripts. Todos los derechos reservados.



LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN PREVIA

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda nuestros beneficios y reglas en su totalidad. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de Servicio al cliente al **1.866.477.5704**;
TTY: 1.800.716.3231.

COMPRENDER LOS BENEFICIOS

- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento recetado figure en la red. Si la farmacia no está enumerada, probablemente tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

COMPRENDER REGLAS IMPORTANTES

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se retira cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían modificarse el 1.º de enero de 2021.

It's important we treat you fairly

Our goal is to treat you fairly. That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We do not view or treat people differently because of their race, color, national origin, sex, age or disability. If you need help with any of the information we provide you, please let us know. We offer services that may help you. These services include aids for people with disabilities, language assistance through interpreters and information written in other languages. These are free at no charge to you. If you need any of these services, please call us at the number on the back of your member ID card. If you feel at any time that we didn't offer these services or we discriminated based on race, color, national origin, sex, age or disability, please let us know. You have the right to file a grievance, also known as a complaint. To file a complaint, please contact our Civil Rights Coordinator at:

Civil Rights Coordinator
Express Scripts Medicare
P.O. Box 4083
Dublin, Ohio 43016

You can also contact the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at:

- Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- Phone: 1.800.368.1019 or 1.800.537.7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Es importante brindarle un trato justo.

Nuestro objetivo es brindarle un trato justo. Por este motivo, respetamos las leyes de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. No consideramos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Si necesita ayuda en cuanto a la información que le brindamos, infórmenos. Ofrecemos servicios que pueden ayudarle, entre los cuales se incluyen audifonos para personas con discapacidad, asistencia con el idioma mediante intérpretes e información escrita en otros idiomas. Estos servicios no tienen ningún cargo para usted. Si necesita alguno, llámenos al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. Si siente en cualquier momento que no ofrecemos estos servicios o lo discriminamos por su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad, infórmenos. Tiene el derecho a presentar una queja. Para presentar una queja, comuníquese con nuestro Civil Rights Coordinator escribiendo a esta dirección:

Civil Rights Coordinator
Express Scripts Medicare
P.O. Box 4083
Dublin, Ohio 43016

También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles por estos medios:

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- Teléfono: 1.800.368.1019 o 1.800.537.7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



EXPRESS SCRIPTS®
Medicare (PDP)

KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1.800.758.4574**; banorët e Nju Jorkut: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-758-4574**، وإذا كنت من سكان نيويورك، فاتصل برقم: **1-800-758-4570** (رقم هاتف الصم والبكم: **1-800-716-3231**).

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **১-৮০০.৭৫৮.৪৫৭৪**; নিউ ইয়র্কের বাসিন্দারা ফোন করুন: **১-৮০০.৭৫৮.৪৫৭০** (TTY: **১-৮০০.৭১৬.৩২৩১**)।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1.800.758.4574**; អ្នកស្នាក់នៅប្រទេសថៃ ទូរស័ព្ទមកលេខ: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**),

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1.800.758.4574**；紐約居民請致電：**1.800.758.4570**（TTY：**1.800.716.3231**）。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1.800.758.4574**; résidents de New York : **1.800.758.4570** (ATS : **1.800.716.3231**).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1.800.758.4574**; Einwohner von New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1.800.758.4574** Κάτοικοι της Νέας Υόρκης: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1.800.758.4574**; ન્યુયોર્કના રહેવાસીઓ માટે: કોલ નંબર: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1.800.758.4574**; moun ki abite New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1.800.758.4574**; per i residenti a New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1.800.758.4574; 뉴욕 거주자는 다음의 번호로 전화하십시오:**1.800.758.4570**
(TTY: **1.800.716.3231**)번으로 전화해 주십시오.

Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call **1.800.758.4574**; Nei Yarrick Leit: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1.800.758.4574**; mieszkańcy Nowego Jorku: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1.800.758.4574**; para residentes em Nova Iorque: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните +**1.800.758.4574**; Жителям Нью-Йорка следует звонить по следующему номеру: +**1.800.758.4570** (телетайп: +**1.800.716.3231**).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.800.758.4574**; para residentes de New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1.800.758.4574**; mga residente ng New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے / بولتی ہیں، تو آپ کو زبان سے متعلق امداد کی خدمات، مفت میں دستیاب ہیں۔
1.800.758.4574 ؛ New York کے باشندے: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**) پر کال کریں۔

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1.800.758.4574**; cư dân New York: **1.800.758.4570** (TTY: **1.800.716.3231**).

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, עס זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף דינסטן אומזיסט. רופט
1.800.758.4574; איינוווינער פֿון ניו יאָרק: **1.800.758.4570**
(TTY: **1.800.716.3231**).