



| Plan Plus | Plan Value |

S7126

## Resumen de Beneficios de 2019

1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019



Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubren los planes **Mutual of Omaha Rx<sup>SM</sup>** (PDP) Plus y Value 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 **[MutualofOmahaRx.com/2019documents](https://MutualofOmahaRx.com/2019documents)**, o llamar al Servicio al cliente para obtener más información o para solicitar una *Evidencia de Cobertura*.

Mutual of Omaha Rx (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan Mutual of Omaha Rx depende de la renovación del contrato.

## Información de contacto



### ¿Cómo puedo comunicarme con Mutual of Omaha Rx?

#### Si no es miembro de este plan:

Llame sin cargo al **1.800.961.9006**; TTY: **1.800.584.6939**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, excepto durante Acción de Gracias y Navidad.  
Sitio web: **MutualofOmahaRx.com**

#### Si es miembro de este plan:

Llame sin cargo al **1.855.864.6797**; TTY: **1.800.716.3231**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  
Sitio web: **MutualofOmahaRx.com**

## Acerca de Mutual of Omaha Rx (PDP)



### ¿Quién puede unirse a nuestro plan?

Para unirse a Mutual of Omaha Rx (PDP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare o estar inscripto en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye todos los estados (excepto New York) 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 médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Mutual of Omaha Rx y se sigan algunas reglas del plan.

Puede ver el formulario completo de 2019 de cada uno de nuestros planes, y también las restricciones, en línea, en **MutualofOmahaRx.com/2019formulary**.



### ¿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, **MutualofOmahaRx.com/2019network**.

## 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 de la red minoristas preferidas y estándares, entregas a domicilio de Express Scripts Pharmacy<sup>SM</sup>, 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).

En todos los planes de Mutual of Omaha Rx, 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.

- **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. Encontrará los montos del deducible en la página 3.
- **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 \$3,820. (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). Consulte la página 3 para conocer el monto que paga.
- **Etapa de Falta de Cobertura (o período sin cobertura)**  
Esta etapa comienza después de que el costo total anual de medicamentos supera los \$3,820. **La mayoría de los miembros no llega a la Falta de Cobertura.**  
  
Si llega a esta etapa, usted pagará el 37 % 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 hasta la fecha alcancen los \$5,100.
- **Etapa de Cobertura Catastrófica**  
Esta etapa comienza después de que sus costos directos de su bolsillo hasta la fecha superen los \$5,100.  
  
Durante esta etapa, usted paga la suma mayor entre \$3.40 o el 5 % del costo por los medicamentos genéricos y la suma mayor entre \$8.50 o el 5 % del costo por todos los demás medicamentos.

## Descripción general de beneficios del plan Plus

**PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$37.00 y \$52.30**

*Consulte la página 4 para conocer el monto de la prima en su estado.*

**Deducible anual: \$415**

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia minorista preferida		Pedido por correo preferido	Farmacia minorista estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$3	Copago de \$9	Copago de \$8	Copago de \$8	Copago de \$24
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	El copago varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 5 y 6.				
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	El copago varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 6 y 7.				
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos	48 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)			50 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)	
<b>Nivel 5</b> Medicamentos especializados	25 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)				

## Descripción general de beneficios del plan Value

**PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$24.70 y \$33.60**

*Consulte la página 4 para conocer el monto de la prima en su estado.*

**Deducible anual: \$0 por medicamentos genéricos de los Niveles 1 y 2; \$415 para los Niveles 3, 4 y 5**

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia minorista preferida		Pedido por correo preferido	Farmacia minorista estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$1	Copago de \$3	Copago de \$2	Copago de \$5	Copago de \$15
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$8	Copago de \$10	Copago de \$30
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	15 % del costo	15 % del costo	18 % del costo	18 % del costo	18 % del costo
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos	El coseguro varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 8 y 9. (Suministro para 30 días únicamente)				
<b>Nivel 5</b> Medicamentos especializados	25 % del costo (Suministro para 30 días únicamente)				

### Primas del plan Plus por estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$45.40	Kentucky	\$41.90	Ohio	\$39.10
Alaska	\$49.00	Louisiana	\$52.30	Oklahoma	\$46.10
Arizona	\$38.10	Maine	\$48.10	Oregon	\$45.00
Arkansas	\$51.60	Maryland	\$41.90	Pennsylvania	\$42.30
California	\$43.30	Massachusetts	\$41.20	Rhode Island	\$41.20
Colorado	\$37.00	Michigan	\$49.00	South Carolina	\$41.70
Connecticut	\$41.20	Minnesota	\$47.00	South Dakota	\$47.00
Delaware	\$41.90	Mississippi	\$51.80	Tennessee	\$45.40
District of Columbia	\$41.90	Missouri	\$47.10	Texas	\$44.80
Florida	\$44.40	Montana	\$47.00	Utah	\$45.50
Georgia	\$46.70	Nebraska	\$47.00	Vermont	\$41.20
Hawaii	\$41.30	Nevada	\$39.70	Virginia	\$41.50
Idaho	\$45.50	New Hampshire	\$48.10	Washington	\$45.00
Illinois	\$45.80	New Jersey	\$41.40	West Virginia	\$42.30
Indiana	\$41.90	New Mexico	\$48.20	Wisconsin	\$46.70
Iowa	\$47.00	North Carolina	\$45.60	Wyoming	\$47.00
Kansas	\$44.20	North Dakota	\$47.00		

### Primas del plan Value por estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$28.80	Kentucky	\$27.00	Ohio	\$24.70
Alaska	\$28.00	Louisiana	\$32.10	Oklahoma	\$29.50
Arizona	\$25.20	Maine	\$27.10	Oregon	\$29.40
Arkansas	\$33.60	Maryland	\$28.40	Pennsylvania	\$26.40
California	\$27.60	Massachusetts	\$26.40	Rhode Island	\$26.40
Colorado	\$24.80	Michigan	\$31.00	South Carolina	\$26.70
Connecticut	\$26.40	Minnesota	\$30.20	South Dakota	\$30.20
Delaware	\$28.40	Mississippi	\$30.90	Tennessee	\$28.80
District of Columbia	\$28.40	Missouri	\$28.70	Texas	\$29.20
Florida	\$29.30	Montana	\$30.20	Utah	\$27.40
Georgia	\$29.00	Nebraska	\$30.20	Vermont	\$26.40
Hawaii	\$26.60	Nevada	\$26.00	Virginia	\$27.00
Idaho	\$27.40	New Hampshire	\$27.10	Washington	\$29.40
Illinois	\$28.10	New Jersey	\$26.40	West Virginia	\$26.40
Indiana	\$27.00	New Mexico	\$30.80	Wisconsin	\$31.40
Iowa	\$30.20	North Carolina	\$28.00	Wyoming	\$30.20
Kansas	\$29.40	North Dakota	\$30.20		

## Plan Plus

Consulte los cuadros a continuación para conocer los costos compartidos de los Niveles 2 y 3 para su estado.

<b>Plan Plus - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 2 por estado</b>					
<b>Estado</b>	<b>Farmacia preferida</b>		<b>Farmacia estándar</b>		<b>Pedido por correo preferido</b>
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Alabama	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Alaska	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Arizona	\$7	\$21	\$13	\$39	\$18
Arkansas	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
California	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Colorado	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Connecticut	\$7	\$21	\$13	\$39	\$18
Delaware	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
District of Columbia	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Florida	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Georgia	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Hawaii	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Idaho	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Illinois	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Indiana	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Iowa	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Kansas	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Kentucky	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Louisiana	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Maine	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Maryland	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Massachusetts	\$7	\$21	\$13	\$39	\$18
Michigan	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Minnesota	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Mississippi	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Missouri	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Montana	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Nebraska	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Nevada	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
New Hampshire	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
New Jersey	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
New Mexico	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12

**Plan Plus - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 2 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
North Carolina	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
North Dakota	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Ohio	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Oklahoma	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Oregon	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Pennsylvania	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Rhode Island	\$7	\$21	\$13	\$39	\$18
South Carolina	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
South Dakota	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Tennessee	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Texas	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Utah	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Vermont	\$7	\$21	\$13	\$39	\$18
Virginia	\$6	\$18	\$13	\$39	\$15
Washington	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
West Virginia	\$6	\$18	\$12	\$36	\$15
Wisconsin	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12
Wyoming	\$5	\$15	\$11	\$33	\$12

**Plan Plus - 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	\$30	\$90	\$40	\$120	\$85
Alaska	\$28	\$84	\$38	\$114	\$79
Arizona	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Arkansas	\$23	\$69	\$33	\$99	\$64
California	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Colorado	\$37	\$111	\$47	\$141	\$106
Connecticut	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Delaware	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
District of Columbia	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Florida	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Georgia	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Hawaii	\$37	\$111	\$47	\$141	\$106
Idaho	\$32	\$96	\$42	\$126	\$91
Illinois	\$29	\$87	\$39	\$117	\$82

**Plan Plus - 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
Indiana	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Iowa	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58
Kansas	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Kentucky	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Louisiana	\$27	\$81	\$37	\$111	\$76
Maine	\$30	\$90	\$40	\$120	\$85
Maryland	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Massachusetts	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Michigan	\$31	\$93	\$41	\$123	\$88
Minnesota	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58
Mississippi	\$28	\$84	\$38	\$114	\$79
Missouri	\$27	\$81	\$37	\$111	\$76
Montana	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58
Nebraska	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58
Nevada	\$37	\$111	\$47	\$141	\$106
New Hampshire	\$30	\$90	\$40	\$120	\$85
New Jersey	\$32	\$96	\$42	\$126	\$91
New Mexico	\$27	\$81	\$37	\$111	\$76
North Carolina	\$32	\$96	\$42	\$126	\$91
North Dakota	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58
Ohio	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Oklahoma	\$29	\$87	\$39	\$117	\$82
Oregon	\$25	\$75	\$35	\$105	\$70
Pennsylvania	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Rhode Island	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
South Carolina	\$35	\$105	\$45	\$135	\$100
South Dakota	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58
Tennessee	\$30	\$90	\$40	\$120	\$85
Texas	\$31	\$93	\$41	\$123	\$88
Utah	\$32	\$96	\$42	\$126	\$91
Vermont	\$34	\$102	\$44	\$132	\$97
Virginia	\$35	\$105	\$45	\$135	\$100
Washington	\$25	\$75	\$35	\$105	\$70
West Virginia	\$33	\$99	\$43	\$129	\$94
Wisconsin	\$24	\$72	\$34	\$102	\$67
Wyoming	\$21	\$63	\$31	\$93	\$58

## Plan Value

Consulte el cuadro a continuación para conocer los costos compartidos del Nivel 4 para su estado.

<b>Plan Value - Costos compartidos en la cobertura inicial del Nivel 4 por estado</b>			
<b>Estado</b>	<b>Farmacia preferida</b>	<b>Farmacia estándar</b>	<b>Pedido por correo preferido</b>
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>
Alabama	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Alaska	33 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Arizona	38 % del costo	41 % del costo	41 % del costo
Arkansas	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
California	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Colorado	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Connecticut	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Delaware	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
District of Columbia	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Florida	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Georgia	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Hawaii	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Idaho	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Illinois	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Indiana	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Iowa	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
Kansas	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Kentucky	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Louisiana	33 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Maine	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Maryland	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Massachusetts	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Michigan	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Minnesota	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
Mississippi	34 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Missouri	34 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Montana	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
Nebraska	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
Nevada	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
New Hampshire	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
New Jersey	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
New Mexico	33 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
North Carolina	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
North Dakota	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
Ohio	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo

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

<b>Estado</b>	<b>Farmacia preferida</b>	<b>Farmacia estándar</b>	<b>Pedido por correo preferido</b>
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>
Oklahoma	34 % del costo	37 % del costo	37 % del costo
Oregon	33 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Pennsylvania	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Rhode Island	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
South Carolina	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
South Dakota	32 % del costo	35 % del costo	35 % del costo
Tennessee	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Texas	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Utah	35 % del costo	38 % del costo	38 % del costo
Vermont	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Virginia	37 % del costo	40 % del costo	40 % del costo
Washington	33 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
West Virginia	36 % del costo	39 % del costo	39 % del costo
Wisconsin	33 % del costo	36 % del costo	36 % del costo
Wyoming	32 % del costo	35 % del costo	35 % 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](http://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.

Esta información no es una descripción de beneficios completa. Llame al **1.855.864.6797** (TTY: **1.800.716.3231**) si es un miembro actual o al **1.800.961.9006** (TTY: **1.800.584.6939**) si no es un miembro para obtener más información.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.855.864.6797** (TTY: **1.800.716.3231**).