

## 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 **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/2020documents**, 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**,

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de 7 a. m. a 9 p. m., hora del centro, de lunes a viernes; y de 7 a. m. a 7 p. m., hora del centro, los sábados y domingos, excepto durante Acción de Gracias y Navidad.

**Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de 7 a. m. a 5 p. m., hora del centro, de lunes a viernes, excepto los feriados federales.

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 consultar en línea el formulario completo para 2020 de cada uno de nuestros planes, así como las restricciones, en **MutualofOmahaRx.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, **MutualofOmahaRx.com/2020network**.

### ¿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. En el caso de las farmacias de infusión en el hogar, las farmacias del Programa de Salud Indígena/Tribal/Urbano (I/T/U) y las farmacias fuera de la red, los suministros se limitan a 30 días. Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden entregar suministros de hasta 31 días.

- **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 4.

- **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 lleguen 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). Consulte la página 4 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 \$4,020.

**La mayoría de los miembros no llega a la Falta de 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 hasta la fecha alcancen los \$6,350.

**En el Plan Value, ofrecemos cobertura adicional durante la Etapa de Falta de Cobertura para los medicamentos de los Niveles 1 y 2.** Por estos medicamentos, usted paga el mismo monto que en la Etapa de Cobertura Inicial, según se indica en el cuadro de la página 4.

- **Etapa de Cobertura Catastrófica**

Esta etapa comienza después de que sus costos directos de su bolsillo hasta la fecha superen los \$6,350.

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.

### Descripción general de beneficios del plan Plus

**PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$46.00 y \$63.90**

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

**Deducible anual: \$435**

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 \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$8	Copago de \$24
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	El copago varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 6 y 7.				
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	El copago varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 7 y 8.				
<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 \$21.70 y \$30.90**

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

**Deducible anual: \$0 por medicamentos genéricos de los Niveles 1 y 2; \$435 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 \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$30
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	Copago de \$2	Copago de \$6	Copago de \$6	Copago de \$15	Copago de \$45
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	El copago varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 9 y 10.				
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos	El coseguro varía por estado. Consulte el cuadro en las páginas 10 y 11 (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**

<b>Estado</b>	<b>Prima</b>	<b>Estado</b>	<b>Prima</b>	<b>Estado</b>	<b>Prima</b>
Alabama	\$63.00	Kentucky	\$52.90	Ohio	\$54.30
Alaska	\$57.60	Louisiana	\$63.90	Oklahoma	\$59.60
Arizona	\$50.80	Maine	\$54.20	Oregon	\$56.30
Arkansas	\$62.80	Maryland	\$51.50	Pennsylvania	\$58.20
California	\$51.70	Massachusetts	\$49.30	Rhode Island	\$49.30
Colorado	\$52.50	Michigan	\$52.60	South Carolina	\$59.10
Connecticut	\$49.30	Minnesota	\$58.70	South Dakota	\$58.70
Delaware	\$51.50	Mississippi	\$61.10	Tennessee	\$63.00
District of Columbia	\$51.50	Missouri	\$61.20	Texas	\$52.10
Florida	\$55.80	Montana	\$58.70	Utah	\$56.70
Georgia	\$57.90	Nebraska	\$58.70	Vermont	\$49.30
Hawaii	\$46.00	Nevada	\$48.00	Virginia	\$55.80
Idaho	\$56.70	New Hampshire	\$54.20	Washington	\$56.30
Illinois	\$53.20	New Jersey	\$56.80	West Virginia	\$58.20
Indiana	\$52.90	New Mexico	\$54.60	Wisconsin	\$61.90
Iowa	\$58.70	North Carolina	\$56.40	Wyoming	\$58.70
Kansas	\$53.50	North Dakota	\$58.70		

**Primas del plan Value por estado**

<b>Estado</b>	<b>Prima</b>	<b>Estado</b>	<b>Prima</b>	<b>Estado</b>	<b>Prima</b>
Alabama	\$30.10	Kentucky	\$23.50	Ohio	\$23.80
Alaska	\$26.80	Louisiana	\$30.90	Oklahoma	\$27.30
Arizona	\$22.10	Maine	\$23.30	Oregon	\$24.00
Arkansas	\$29.30	Maryland	\$23.30	Pennsylvania	\$25.40
California	\$23.10	Massachusetts	\$24.10	Rhode Island	\$24.10
Colorado	\$23.30	Michigan	\$22.20	South Carolina	\$28.30
Connecticut	\$24.10	Minnesota	\$24.50	South Dakota	\$24.50
Delaware	\$23.30	Mississippi	\$28.20	Tennessee	\$30.10
District of Columbia	\$23.30	Missouri	\$26.30	Texas	\$22.70
Florida	\$25.80	Montana	\$24.50	Utah	\$23.90
Georgia	\$26.80	Nebraska	\$24.50	Vermont	\$24.10
Hawaii	\$22.80	Nevada	\$21.70	Virginia	\$25.80
Idaho	\$23.90	New Hampshire	\$23.30	Washington	\$24.00
Illinois	\$22.80	New Jersey	\$24.90	West Virginia	\$25.40
Indiana	\$23.50	New Mexico	\$25.80	Wisconsin	\$26.80
Iowa	\$24.50	North Carolina	\$24.00	Wyoming	\$24.50
Kansas	\$22.10	North Dakota	\$24.50		

## Plan Plus

Consulte las tablas que se encuentran a continuación para obtener información sobre los costos compartidos de los Niveles 2 y 3 para su estado.

Plan Plus - Costos compartidos en la Cobertura Inicial del Nivel 2 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	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
Alaska	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Arizona	\$11	\$33	\$17	\$51	\$33
Arkansas	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
California	\$10	\$30	\$16	\$48	\$30
Colorado	\$10	\$30	\$16	\$48	\$30
Connecticut	\$12	\$36	\$18	\$54	\$36
Delaware	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
District of Columbia	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
Florida	\$10	\$30	\$16	\$48	\$30
Georgia	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
Hawaii	\$12	\$36	\$18	\$54	\$36
Idaho	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Illinois	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
Indiana	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
Iowa	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Kansas	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Kentucky	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
Louisiana	\$7	\$21	\$13	\$39	\$21
Maine	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
Maryland	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
Massachusetts	\$12	\$36	\$18	\$54	\$36
Michigan	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
Minnesota	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Mississippi	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Missouri	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Montana	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Nebraska	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Nevada	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
New Hampshire	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
New Jersey	\$11	\$33	\$17	\$51	\$33
New Mexico	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
North Carolina	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24

**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 Dakota	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Ohio	\$10	\$30	\$16	\$48	\$30
Oklahoma	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Oregon	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Pennsylvania	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
Rhode Island	\$12	\$36	\$18	\$54	\$36
South Carolina	\$11	\$33	\$17	\$51	\$33
South Dakota	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Tennessee	\$8	\$24	\$14	\$42	\$24
Texas	\$10	\$30	\$16	\$48	\$30
Utah	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
Vermont	\$12	\$36	\$18	\$54	\$36
Virginia	\$10	\$30	\$16	\$48	\$30
Washington	\$6	\$18	\$12	\$36	\$18
West Virginia	\$9	\$27	\$15	\$45	\$27
Wisconsin	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15
Wyoming	\$5	\$15	\$11	\$33	\$15

**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	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Alaska	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Arizona	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Arkansas	\$40	\$120	\$45	\$135	\$120
California	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Colorado	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Connecticut	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Delaware	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
District of Columbia	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Florida	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Georgia	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Hawaii	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Idaho	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Illinois	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126



**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	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Iowa	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Kansas	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Kentucky	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Louisiana	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Maine	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Maryland	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Massachusetts	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Michigan	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Minnesota	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Mississippi	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Missouri	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Montana	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Nebraska	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Nevada	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
New Hampshire	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
New Jersey	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
New Mexico	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
North Carolina	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
North Dakota	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Ohio	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Oklahoma	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Oregon	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Pennsylvania	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Rhode Island	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
South Carolina	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
South Dakota	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Tennessee	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Texas	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Utah	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Vermont	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Virginia	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Washington	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
West Virginia	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Wisconsin	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126
Wyoming	\$42	\$126	\$47	\$141	\$126

## Plan Value

Consulte las tablas que se encuentran a continuación para obtener información sobre los costos compartidos de los Niveles 3 y 4 para su estado.

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	\$30	\$90	\$75
Alaska	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Arizona	\$29	\$87	\$34	\$102	\$87
Arkansas	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
California	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Colorado	\$27	\$81	\$32	\$96	\$81
Connecticut	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Delaware	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
District of Columbia	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Florida	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Georgia	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Hawaii	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Idaho	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Illinois	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Indiana	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Iowa	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Kansas	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Kentucky	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Louisiana	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Maine	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Maryland	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Massachusetts	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Michigan	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Minnesota	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Mississippi	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Missouri	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Montana	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Nebraska	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Nevada	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
New Hampshire	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
New Jersey	\$28	\$84	\$33	\$99	\$84
New Mexico	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
North Carolina	\$25	\$75	\$30	\$90	\$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
North Dakota	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Ohio	\$27	\$81	\$32	\$96	\$81
Oklahoma	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Oregon	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Pennsylvania	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Rhode Island	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
South Carolina	\$27	\$81	\$32	\$96	\$81
South Dakota	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Tennessee	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Texas	\$26	\$78	\$31	\$93	\$78
Utah	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Vermont	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Virginia	\$27	\$81	\$32	\$96	\$81
Washington	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
West Virginia	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Wisconsin	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75
Wyoming	\$25	\$75	\$30	\$90	\$75

**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	46 %	48 %	46 %
Alaska	41 %	43 %	41 %
Arizona	48 %	50 %	48 %
Arkansas	39 %	41 %	39 %
California	46 %	48 %	46 %
Colorado	48 %	50 %	48 %
Connecticut	48 %	50 %	48 %
Delaware	47 %	49 %	47 %
District of Columbia	47 %	49 %	47 %
Florida	48 %	50 %	48 %
Georgia	47 %	49 %	47 %
Hawaii	48 %	50 %	48 %
Idaho	44 %	46 %	44 %

**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>
Illinois	48 %	50 %	48 %
Indiana	47 %	49 %	47 %
Iowa	41 %	43 %	41 %
Kansas	46 %	48 %	46 %
Kentucky	47 %	49 %	47 %
Louisiana	43 %	45 %	43 %
Maine	45 %	47 %	45 %
Maryland	47 %	49 %	47 %
Massachusetts	48 %	50 %	48 %
Michigan	44 %	46 %	44 %
Minnesota	41 %	43 %	41 %
Mississippi	44 %	46 %	44 %
Missouri	43 %	45 %	43 %
Montana	41 %	43 %	41 %
Nebraska	41 %	43 %	41 %
Nevada	48 %	50 %	48 %
New Hampshire	45 %	47 %	45 %
New Jersey	48 %	50 %	48 %
New Mexico	42 %	44 %	42 %
North Carolina	47 %	49 %	47 %
North Dakota	41 %	43 %	41 %
Ohio	48 %	50 %	48 %
Oklahoma	43 %	45 %	43 %
Oregon	43 %	45 %	43 %
Pennsylvania	48 %	50 %	48 %
Rhode Island	48 %	50 %	48 %
South Carolina	48 %	50 %	48 %
South Dakota	41 %	43 %	41 %
Tennessee	46 %	48 %	46 %
Texas	48 %	50 %	48 %
Utah	44 %	46 %	44 %
Vermont	48 %	50 %	48 %
Virginia	48 %	50 %	48 %
Washington	43 %	45 %	43 %
West Virginia	48 %	50 %	48 %
Wisconsin	42 %	44 %	42 %
Wyoming	41 %	43 %	41 %

Está página intencionalmente dejada en blanco

---

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.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas con costos más bajos en áreas rurales de Alaska. 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 **1.800.961.9006**; TTY: **1.800.584.6939**, o consulte el directorio de farmacias en línea en **[MutualofOmahaRx.com/2020network](http://MutualofOmahaRx.com/2020network)**.

Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia para Mutual of Omaha Rx y proporcionará algunos servicios en nombre de Mutual of Omaha Rx.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.800.961.9006** (TTY: **1.800.584.6939**).