



| Plan Plus | Plan Premier |

S7126

Resumen de Beneficios 2022

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022



Esta guía es un resumen de lo que cubren los planes Plus y Premier de **Mutual of Omaha RxSM** (PDP) y de cuánto debe pagar. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede consultar nuestra *Evidencia de Cobertura* en línea, en **MutualofOmahaRx.com/2022documents** o llamar al Servicio al Cliente para obtener más información o 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 de 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 a la línea gratuita **1.800.961.9006**; los usuarios de TTY deben llamar al **711**

Horario de atención:

Del 1 de octubre al 31 de marzo,

los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto durante Acción de Gracias y Navidad

Del 1 de abril al 30 de septiembre,

de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, excepto durante los días festivos federales.

Sitio Web: **MutualofOmahaRx.com**

Si es miembro de este plan: Llame a la línea gratuita **1.855.864.6797**; los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**

Horario de atención:

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 inscrito 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 incluidos en nuestro formulario (la lista de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D), siempre y cuando sean médicamente necesarios, la receta se surta en una farmacia de la red de Mutual of Omaha Rx y se sigan otras reglas del plan.

Puede consultar el formulario completo para 2022 en línea, para cada uno de nuestros planes, así como las restricciones, en **MutualofOmahaRx.com/2022formulary**.



¿Qué farmacias puedo utilizar?

Contamos con una red de farmacias (estándar y preferidas); por lo general, debe usar estas farmacias para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que el plan no cubra estos medicamentos y usted podría pagar más de lo que paga en una farmacia de la red. Algunas de las farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos. Puede pagar menos si usa estas farmacias.

Puede consultar si su farmacia forma parte de nuestra red en línea, en **MutualofOmahaRx.com/2022network**.

Cómo usar un plan de la Parte D

¿Cómo se determinan los costos de los medicamentos?

El costo puede variar en función de los siguientes factores:

- **El nivel del medicamento**
Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de cinco “niveles”.
- **El tipo de farmacia que usa**
Nuestros planes ofrecen farmacias minoristas de la red estándar y preferidas; envío a domicilio desde Express Scripts® Pharmacy, así como otras farmacias con entrega a domicilio; cuidado a largo plazo; infusión en el hogar y farmacias del Servicio de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos (I/T/U).
En todos los planes de Mutual of Omaha Rx, los montos de los costos compartidos en las farmacias de cuidado a largo plazo, de infusión en el hogar o de I/T/U son los mismos que en una farmacia minorista estándar.
- **La cantidad de días que figuran en la receta médica**
Nuestros planes suelen ofrecer un suministro de 30 días, un suministro de 90 días o ambos, según el nivel de medicamento. En las farmacias de infusión en el hogar, I/T/U o fuera de la red, los suministros se limitan a 30 días. Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden dispensar un suministro de hasta 31 días.
- **Qué etapa de beneficio ha alcanzado**
Consulte la información sobre las etapas de beneficio a continuación.

¿Cuáles son las etapas de beneficio de la Parte D de Medicare?

- **Etapa del Deducible Anual**
En esta etapa, usted paga una cantidad determinada antes que el plan comience a pagar la parte del costo que le corresponde. Encontrará las cantidades del deducible en las páginas 3 y 4.
- **Etapa de Cobertura Inicial**
Esta etapa comienza después de que usted pague el deducible anual. Permanecerá en esta etapa hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance \$4,430. (Los costos totales anuales de medicamentos incluyen los costos totales de los medicamentos que usted pague y cualquier costo cubierto por un plan de la Parte D desde el comienzo del año calendario). Consulte las páginas 3 y 4 para ver las cantidades que usted paga.
- **Etapa de Falta de Cobertura (o Donut Hole)**
Esta etapa comienza después de que el costo total anual de sus medicamentos supera \$4,430. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura.** Si alcanza esta etapa, pagará el 25 % del costo total de los medicamentos en todos los niveles, sin incluir la dispensación y cualquier tarifa de administración de vacunas, para los medicamentos de marca, hasta que el total de los costos directos de su bolsillo durante el año hasta la fecha sumen \$7,050. (Excepto las Insulinas Selectas de Nivel 3 [véase más abajo]).
- **Etapa de Cobertura Catastrófica**
Esta etapa comienza después de que los costos directos de su bolsillo durante el año hasta la fecha superen \$7,050. En esta etapa, usted paga el precio mayor entre \$3.95 y el 5 % del costo de los medicamentos genéricos y el precio mayor entre \$9.85 y el 5 % del costo de todos los demás medicamentos.

Cobertura Adicional en Insulinas Selectas de Nivel 3

Para el plan Premier, no hay deducible para las Insulinas Selectas de Nivel 3. Usted pagará \$25 por un suministro de 1 mes y \$75 por un suministro de 3 meses en las farmacias de la

red preferidas, o \$35 por un suministro de 1 mes y \$105 por un suministro de 3 meses en las farmacias estándar de la red durante las etapas de Cobertura Inicial y Falta de Cobertura. Puede consultar qué insulinas de Nivel 3 tienen cobertura adicional en nuestro formulario en línea, en MutualofOmahaRx.com/2022formulary. Si recibe “Ayuda Extra”, no califica para este programa y se aplicarán los niveles de deducible o copago del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS).

Resumen de Beneficios del Plan Plus

PRIMA MENSUAL: VA DE \$76.00 A \$106.90

Consulte la tabla a continuación para conocer la cantidad de la prima en su estado.

Deducible Anual: \$480

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Preferida		Pedido Por Correo	Farmacia Minorista Estándar	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos	\$1 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago	\$8 de copago	\$24 de copago
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	\$3 de copago	\$9 de copago	\$9 de copago	\$10 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	del 16 % al 22 % El coseguro varía por estado. Consulte la tabla de las páginas 5 y 6.				
Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	del 40 % al 49 % El coseguro varía por estado. Consulte la tabla de las páginas 6 y 7. (solo para un suministro de 30 días).				
Nivel 5 Medicamentos Especializados	25 % del costo (solo para un suministro de 30 días)				

Primas del Plan Plus por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$87.90	Kentucky	\$76.00	Ohio	\$81.60
Alaska	\$96.70	Louisiana	\$92.50	Oklahoma	\$84.60
Arizona	\$105.10	Maine	\$102.90	Oregon	\$99.90
Arkansas	\$88.00	Maryland	\$92.10	Pennsylvania	\$80.30
California	\$106.90	Massachusetts	\$97.20	Rhode Island	\$97.20
Colorado	\$101.40	Michigan	\$84.30	South Carolina	\$92.30
Connecticut	\$97.20	Minnesota	\$78.80	South Dakota	\$78.80
Delaware	\$92.10	Mississippi	\$79.00	Tennessee	\$87.90
District of Columbia	\$92.10	Missouri	\$79.30	Texas	\$89.60
Florida	\$93.30	Montana	\$78.80	Utah	\$83.50
Georgia	\$89.50	Nebraska	\$78.80	Vermont	\$97.20
Hawaii	\$93.30	Nevada	\$88.00	Virginia	\$92.80
Idaho	\$83.50	New Hampshire	\$102.90	Washington	\$99.90
Illinois	\$78.20	New Jersey	\$91.70	West Virginia	\$80.30

Primas del Plan Plus por Estado, continuación

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Indiana	\$76.00	New Mexico	\$95.40	Wisconsin	\$92.50
Iowa	\$78.80	North Carolina	\$80.20	Wyoming	\$78.80
Kansas	\$81.40	North Dakota	\$78.80		

Resumen de Beneficios del Plan Premier

PRIMA MENSUAL: VA DE \$30.40 A \$37.10

Consulte la tabla a continuación para conocer la cantidad de la prima en su estado.

Deducible Anual: \$0 para medicamentos de los Niveles 1 y 2;

\$480 para medicamentos de los Niveles 3 (excepto para Insulinas Selectas*), 4 y 5

Etapa de Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Preferida		Pedido Por Correo	Farmacia Minorista Estándar	
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$7 de copago	\$21 de copago
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	\$13 de copago	\$39 de copago	\$39 de copago	\$20 de copago	\$60 de copago
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	23 % de coseguro	23 % de coseguro	23 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Insulinas Selectas de Nivel 3* Medicamentos de Marca Preferidos	\$25 de copago	\$75 de copago	\$75 de copago	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	del 41 % al 50 % El coseguro varía por estado. Consulte la tabla de las páginas 8 y 9. (solo para un suministro de 30 días).				
Nivel 5 Medicamentos Especializados	25 % del costo (solo para un suministro de 30 días)				

* Consulte la página 2 para obtener más información. Si Recibe "Ayuda Extra" esta información no se aplica a usted.

Primas del Plan Premier por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$35.90	Kentucky	\$34.90	Ohio	\$34.40
Alaska	\$30.40	Louisiana	\$33.10	Oklahoma	\$35.20
Arizona	\$34.00	Maine	\$34.40	Oregon	\$31.40
Arkansas	\$34.10	Maryland	\$35.50	Pennsylvania	\$35.90
California	\$35.20	Massachusetts	\$35.10	Rhode Island	\$35.10
Colorado	\$33.80	Michigan	\$34.20	South Carolina	\$37.00

Primas del Plan Premier por Estado, continuación

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Connecticut	\$35.10	Minnesota	\$34.00	South Dakota	\$34.00
Delaware	\$35.50	Mississippi	\$35.30	Tennessee	\$35.90
District of Columbia	\$35.50	Missouri	\$35.40	Texas	\$34.70
Florida	\$35.20	Montana	\$34.00	Utah	\$35.30
Georgia	\$35.40	Nebraska	\$34.00	Vermont	\$35.10
Hawaii	\$34.00	Nevada	\$34.00	Virginia	\$35.00
Idaho	\$35.30	New Hampshire	\$34.40	Washington	\$31.40
Illinois	\$34.10	New Jersey	\$37.10	West Virginia	\$35.90
Indiana	\$34.90	New Mexico	\$31.80	Wisconsin	\$35.00
Iowa	\$34.00	North Carolina	\$35.80	Wyoming	\$34.00
Kansas	\$34.10	North Dakota	\$34.00		

Plan Plus

Consulte las tablas a continuación para conocer los costos compartidos del Nivel 3 y Nivel 4 en su estado.

Plan Plus: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 3 por Estado

Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Alabama	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Alaska	16 %	16 %	18 %	18 %	16 %
Arizona	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Arkansas	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
California	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Colorado	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Connecticut	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Delaware	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
District of Columbia	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Florida	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Georgia	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Hawaii	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Idaho	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Illinois	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Indiana	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Iowa	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Kansas	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Kentucky	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Louisiana	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Maine	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Maryland	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Massachusetts	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %

**Plan Plus: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 3 por Estado,
continuación**

Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Michigan	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Minnesota	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Mississippi	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Missouri	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Montana	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Nebraska	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Nevada	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
New Hampshire	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
New Jersey	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
New Mexico	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
North Carolina	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
North Dakota	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Ohio	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Oklahoma	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Oregon	16 %	16 %	18 %	18 %	16 %
Pennsylvania	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Rhode Island	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
South Carolina	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
South Dakota	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Tennessee	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Texas	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Utah	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Vermont	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Virginia	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Washington	16 %	16 %	18 %	18 %	16 %
West Virginia	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Wisconsin	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %
Wyoming	17 %	17 %	19 %	19 %	17 %

Plan Plus: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 4 por Estado

Estado	Farmacia Preferida Suministro de 30 días	Farmacia Estándar Suministro de 30 días	Pedido Por Correo Suministro de 30 días
Alabama	44 %	46 %	44 %
Alaska	40 %	42 %	40 %
Arizona	42 %	44 %	42 %
Arkansas	43 %	45 %	43 %

**Plan Plus: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 4 por Estado,
continuación**

Estado	Farmacia Preferida Suministro de 30 días	Farmacia Estándar Suministro de 30 días	Pedido Por Correo Suministro de 30 días
California	42 %	44 %	42 %
Colorado	41 %	43 %	41 %
Connecticut	43 %	45 %	43 %
Delaware	45 %	47 %	45 %
District of Columbia	45 %	47 %	45 %
Florida	41 %	43 %	41 %
Georgia	43 %	45 %	43 %
Hawaii	44 %	46 %	44 %
Idaho	42 %	44 %	42 %
Illinois	41 %	43 %	41 %
Indiana	47 %	49 %	47 %
Iowa	45 %	47 %	45 %
Kansas	46 %	48 %	46 %
Kentucky	47 %	49 %	47 %
Louisiana	41 %	43 %	41 %
Maine	42 %	44 %	42 %
Maryland	45 %	47 %	45 %
Massachusetts	43 %	45 %	43 %
Michigan	41 %	43 %	41 %
Minnesota	45 %	47 %	45 %
Mississippi	46 %	48 %	46 %
Missouri	44 %	46 %	44 %
Montana	45 %	47 %	45 %
Nebraska	45 %	47 %	45 %
Nevada	41 %	43 %	41 %
New Hampshire	42 %	44 %	42 %
New Jersey	42 %	44 %	42 %
New Mexico	43 %	45 %	43 %
North Carolina	46 %	48 %	46 %
North Dakota	45 %	47 %	45 %
Ohio	42 %	44 %	42 %
Oklahoma	41 %	43 %	41 %
Oregon	41 %	43 %	41 %
Pennsylvania	47 %	49 %	47 %
Rhode Island	43 %	45 %	43 %
South Carolina	44 %	46 %	44 %
South Dakota	45 %	47 %	45 %
Tennessee	44 %	46 %	44 %
Texas	46 %	48 %	46 %

Plan Plus: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 4 por Estado, continuación

Estado	Farmacia Preferida Suministro de 30 días	Farmacia Estándar Suministro de 30 días	Pedido Por Correo Suministro de 30 días
Utah	42 %	44 %	42 %
Vermont	43 %	45 %	43 %
Virginia	41 %	43 %	41 %
Washington	41 %	43 %	41 %
West Virginia	47 %	49 %	47 %
Wisconsin	44 %	46 %	44 %
Wyoming	45 %	47 %	45 %

Plan Premier

Consulte las tablas a continuación para conocer los costos compartidos del Nivel 4 en su estado.

Plan Premier: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 4 por Estado

Estado	Farmacia Preferida Suministro de 30 días	Farmacia Estándar Suministro de 30 días	Pedido Por Correo Suministro de 30 días
Alabama	48 %	50 %	48 %
Alaska	44 %	46 %	44 %
Arizona	44 %	46 %	44 %
Arkansas	45 %	47 %	45 %
California	44 %	46 %	44 %
Colorado	44 %	46 %	44 %
Connecticut	45 %	47 %	45 %
Delaware	42 %	44 %	42 %
District of Columbia	42 %	44 %	42 %
Florida	44 %	46 %	44 %
Georgia	45 %	47 %	45 %
Hawaii	41 %	43 %	41 %
Idaho	43 %	45 %	43 %
Illinois	44 %	46 %	44 %
Indiana	45 %	47 %	45 %
Iowa	44 %	46 %	44 %
Kansas	45 %	47 %	45 %
Kentucky	45 %	47 %	45 %
Louisiana	45 %	47 %	45 %
Maine	44 %	46 %	44 %
Maryland	42 %	44 %	42 %
Massachusetts	45 %	47 %	45 %
Michigan	43 %	45 %	43 %
Minnesota	44 %	46 %	44 %
Mississippi	44 %	46 %	44 %

Plan Premier: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 4 por Estado, continuación

Estado	Farmacia Preferida Suministro de 30 días	Farmacia Estándar Suministro de 30 días	Pedido Por Correo Suministro de 30 días
Missouri	43 %	45 %	43 %
Montana	44 %	46 %	44 %
Nebraska	44 %	46 %	44 %
Nevada	45 %	47 %	45 %
New Hampshire	44 %	46 %	44 %
New Jersey	44 %	46 %	44 %
New Mexico	46 %	48 %	46 %
North Carolina	43 %	45 %	43 %
North Dakota	44 %	46 %	44 %
Ohio	44 %	46 %	44 %
Oklahoma	46 %	48 %	46 %
Oregon	46 %	48 %	46 %
Pennsylvania	42 %	44 %	42 %
Rhode Island	45 %	47 %	45 %
South Carolina	46 %	48 %	46 %
South Dakota	44 %	46 %	44 %
Tennessee	48 %	50 %	48 %
Texas	44 %	46 %	44 %
Utah	43 %	45 %	43 %
Vermont	45 %	47 %	45 %
Virginia	44 %	46 %	44 %
Washington	46 %	48 %	46 %
West Virginia	42 %	44 %	42 %
Wisconsin	44 %	46 %	44 %
Wyoming	44 %	46 %	44 %

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la guía actual *Medicare y Usted*. Puede verla en línea, en medicare.gov, u obtener un ejemplar 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 de menor costo en áreas rurales de Alaska. Los costos más bajos publicitados en los materiales de nuestros planes para estas farmacias podrían no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red, incluso si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame a Servicio al Cliente al **1.800.961.9006**; los usuarios de TTY deben llamar al **711**, o bien, consulte el directorio de farmacias en línea en **MutualofOmahaRx.com/2022network**.

Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia para Mutual of Omaha Rx y brindará 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: **711**).