



| Plus Plan | Essential Plan | Premier Plan
S7126

Resumen de Beneficios para 2023

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023



Esta guía es un resumen de lo que cubren los planes Plus, Essential 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/2023documents o llame 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 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 reunir los requisitos para 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 que figuran en nuestro formulario (lista de medicamentos recetados de la Parte D cubiertos) siempre y cuando el medicamento sea medicamento necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Mutual of Omaha Rx, y se cumplan otras reglas del plan.

Puede consultar el formulario completo para 2023 en línea, para cada uno de nuestros planes, así como las restricciones, en mutualofomaharx.com/2023formulary.



¿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 de Medicare. 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 en 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/2023network.

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 a 6.
- **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 \$4,660. (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 a 6 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 \$4,660. **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 \$7,400. (Excepto las Insulinas Selectas del Nivel 3 para el Premier plan: consulte la siguiente sección).
- **Etapa de Cobertura Catastrófica**
Esta etapa comienza después de que los costos directos de su bolsillo durante el año hasta la fecha superen \$7,400. En esta etapa, usted paga el precio mayor entre \$4.15 y el 5 % del costo de los medicamentos genéricos y el precio mayor entre \$10.35 y el 5 % del costo de todos los demás medicamentos.

Cobertura Adicional en Insulinas Selectas de Nivel 3

Para el Premier plan, ofrecemos un copago de \$25 por un suministro de 1 mes y \$75 por un suministro de 3 meses de Insulinas Selectas en farmacias preferidas de la red. Puede consultar qué insulinas de Nivel 3 tienen cobertura adicional en nuestro formulario en línea, en mutualofomaharx.com/2023formulary.

Resumen de Beneficios del Plus Plan

PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$75.30 – \$107.90

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

Deducible Anual: \$505

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	Copago de \$1	Copago de \$3	Copago de \$2.50	Copago de \$8	Copago de \$24
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	Copago de \$5	Copago de \$15	Copago de \$12.50	Copago de \$12	Copago de \$36
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	Del 18 % al 23 % El coseguro varía por estado. Consulte la tabla de las páginas 8 y 9				
Nivel 4* Medicamentos No Preferidos	Del 36 % al 44 % El coseguro varía por estado. Consulte la tabla de las páginas 9 y 10				
Nivel 5* Medicamentos Especializados	25 % del costo*				

* Los medicamentos de los Niveles 4 y 5 solo están disponibles para un suministro de 30 días al por menor o por correo.

Primas del Plus Plan por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$96.30	Kentucky	\$85.10	Ohio	\$79.80
Alaska	\$94.70	Louisiana	\$90.70	Oklahoma	\$82.80
Arizona	\$107.90	Maine	\$100.90	Oregon	\$98.00
Arkansas	\$86.00	Maryland	\$90.10	Pennsylvania	\$90.60
California	\$104.60	Massachusetts	\$95.60	Rhode Island	\$95.60
Colorado	\$100.10	Michigan	\$83.50	South Carolina	\$94.50
Connecticut	\$95.60	Minnesota	\$75.30	South Dakota	\$75.30
Delaware	\$90.10	Mississippi	\$86.50	Tennessee	\$96.30
District of Columbia	\$90.10	Missouri	\$86.60	Texas	\$98.50
Florida	\$91.30	Montana	\$75.30	Utah	\$91.00
Georgia	\$93.20	Nebraska	\$75.30	Vermont	\$95.60
Hawaii	\$91.80	Nevada	\$87.80	Virginia	\$91.10
Idaho	\$91.00	New Hampshire	\$100.90	Washington	\$98.00
Illinois	\$84.10	New Jersey	\$89.70	West Virginia	\$90.60
Indiana	\$85.10	New Mexico	\$93.30	Wisconsin	\$90.40
Iowa	\$75.30	North Carolina	\$78.20	Wyoming	\$75.30
Kansas	\$86.90	North Dakota	\$75.30		

Resumen de Beneficios del Essential Plan

PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$18.10 – \$22.50

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

Deducible Anual: \$0 para medicamentos de Nivel 1; \$505 para medicamentos de Nivel 2, 3, 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	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$15	Copago de \$45
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	Copago de \$15	Copago de \$45	Copago de \$37.50	Copago de \$20	Copago de \$60
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro	22 % de coseguro	22 % de coseguro
Nivel 4* Medicamentos No Preferidos	48 % de coseguro	NA*	48 % de coseguro*	50 % de coseguro	NA*

Continúa en la página 5

Resumen de Beneficios del Essential Plan (continuación de la página 4)

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 5* Medicamentos Especializados	25 % del costo*				

* Los medicamentos de los Niveles 4 y 5 solo están disponibles para un suministro de 30 días al por menor o por correo.

Primas del Essential Plan por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$19.70	Kentucky	\$19.00	Ohio	\$18.30
Alaska	\$22.50	Louisiana	\$19.80	Oklahoma	\$21.60
Arizona	\$18.50	Maine	\$19.50	Oregon	\$18.30
Arkansas	\$19.50	Maryland	\$20.90	Pennsylvania	\$19.90
California	\$20.50	Massachusetts	\$20.40	Rhode Island	\$20.40
Colorado	\$21.30	Michigan	\$19.40	South Carolina	\$20.50
Connecticut	\$20.40	Minnesota	\$18.40	South Dakota	\$18.40
Delaware	\$20.90	Mississippi	\$19.30	Tennessee	\$19.70
District of Columbia	\$20.90	Missouri	\$19.10	Texas	\$19.60
Florida	\$20.20	Montana	\$18.40	Utah	\$19.30
Georgia	\$20.40	Nebraska	\$18.40	Vermont	\$20.40
Hawaii	\$20.70	Nevada	\$19.10	Virginia	\$19.50
Idaho	\$19.30	New Hampshire	\$19.50	Washington	\$18.30
Illinois	\$18.40	New Jersey	\$21.70	West Virginia	\$19.90
Indiana	\$19.00	New Mexico	\$18.10	Wisconsin	\$18.30
Iowa	\$18.40	North Carolina	\$19.90	Wyoming	\$18.40
Kansas	\$18.20	North Dakota	\$18.40		

Resumen de Beneficios del Premier Plan

PRIMA MENSUAL: OSCILA ENTRE \$52.10 – \$95.80

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

Deducible Anual: \$0 para medicamentos de Nivel 1 y 2; \$505 para medicamentos de Nivel 3, 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	Copago de \$1	Copago de \$3	Copago de \$2.50	Copago de \$8	Copago de \$24
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$25	Copago de \$17	Copago de \$51
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$45	Copago de \$135	Copago de \$112.50	Copago de \$47	Copago de \$141
Insulinas Selectas de Nivel 3* Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$25	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 4** Medicamentos No Preferidos	45 % de coseguro	NA*	45 % de coseguro*	47 % de coseguro	NA*
Nivel 5** Medicamentos Especializados	25 % del costo*				

* Consulte la página 3 para obtener más información. Si Recibe “Ayuda Extra” esta información no se aplica a usted.

** Los medicamentos de los Niveles 4 y 5 solo están disponibles para un suministro de 30 días al por menor o por correo.

Primas del Premier Plan por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$57.90	Kentucky	\$61.90	Ohio	\$73.70
Alaska	\$66.60	Louisiana	\$64.10	Oklahoma	\$53.30
Arizona	\$64.10	Maine	\$86.00	Oregon	\$59.40
Arkansas	\$58.30	Maryland	\$89.20	Pennsylvania	\$71.40
California	\$81.70	Massachusetts	\$94.20	Rhode Island	\$94.20
Colorado	\$95.50	Michigan	\$62.80	South Carolina	\$77.90
Connecticut	\$94.20	Minnesota	\$62.20	South Dakota	\$62.20
Delaware	\$89.20	Mississippi	\$80.00	Tennessee	\$57.90
District of Columbia	\$89.20	Missouri	\$56.00	Texas	\$81.70
Florida	\$95.80	Montana	\$62.20	Utah	\$64.50
Georgia	\$76.40	Nebraska	\$62.20	Vermont	\$94.20
Hawaii	\$66.70	Nevada	\$71.90	Virginia	\$74.90
Idaho	\$64.50	New Hampshire	\$86.00	Washington	\$59.40
Illinois	\$60.80	New Jersey	\$65.70	West Virginia	\$71.40
Indiana	\$61.90	New Mexico	\$52.10	Wisconsin	\$60.30
Iowa	\$62.20	North Carolina	\$63.20	Wyoming	\$62.20
Kansas	\$52.20	North Dakota	\$62.20		

Plus Plan

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

Plus Plan: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 3 por Estado					
Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo
	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 30 días	Suministro de 30 días
Alabama	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Alaska	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Arizona	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Arkansas	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
California	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Colorado	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Connecticut	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Delaware	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
District of Columbia	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Florida	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Georgia	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Hawaii	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Idaho	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Illinois	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Indiana	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Iowa	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Kansas	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Kentucky	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Louisiana	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Maine	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Maryland	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Massachusetts	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Michigan	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Minnesota	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Mississippi	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Missouri	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Montana	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Nebraska	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Nevada	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
New Hampshire	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
New Jersey	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
New Mexico	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
North Carolina	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
North Dakota	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %

Plus Plan: 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
Ohio	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Oklahoma	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Oregon	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Pennsylvania	21 %	21 %	23 %	23 %	21 %
Rhode Island	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
South Carolina	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
South Dakota	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Tennessee	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Texas	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Utah	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
Vermont	20 %	20 %	22 %	22 %	20 %
Virginia	21 %	21 %	23 %	23 %	21 %
Washington	19 %	19 %	21 %	21 %	19 %
West Virginia	21 %	21 %	23 %	23 %	21 %
Wisconsin	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %
Wyoming	18 %	18 %	20 %	20 %	18 %

Plus Plan: 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	38 %	40 %	38 %
Alaska	37 %	39 %	37 %
Arizona	38 %	40 %	38 %
Arkansas	37 %	39 %	37 %
California	36 %	38 %	36 %
Colorado	37 %	39 %	37 %
Connecticut	38 %	40 %	38 %
Delaware	38 %	40 %	38 %
District of Columbia	38 %	40 %	38 %
Florida	36 %	38 %	36 %
Georgia	37 %	39 %	37 %
Hawaii	39 %	41 %	39 %
Idaho	38 %	40 %	38 %
Illinois	37 %	39 %	37 %

Plus Plan: 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
Indiana	38 %	40 %	38 %
Iowa	37 %	39 %	37 %
Kansas	37 %	39 %	37 %
Kentucky	38 %	40 %	38 %
Louisiana	37 %	39 %	37 %
Maine	40 %	42 %	40 %
Maryland	38 %	40 %	38 %
Massachusetts	38 %	40 %	38 %
Michigan	36 %	38 %	36 %
Minnesota	37 %	39 %	37 %
Mississippi	38 %	40 %	38 %
Missouri	38 %	40 %	38 %
Montana	37 %	39 %	37 %
Nebraska	37 %	39 %	37 %
Nevada	39 %	41 %	39 %
New Hampshire	40 %	42 %	40 %
New Jersey	38 %	40 %	38 %
New Mexico	36 %	38 %	36 %
North Carolina	42 %	44 %	42 %
North Dakota	37 %	39 %	37 %
Ohio	39 %	41 %	39 %
Oklahoma	38 %	40 %	38 %
Oregon	37 %	39 %	37 %
Pennsylvania	40 %	42 %	40 %
Rhode Island	38 %	40 %	38 %
South Carolina	37 %	39 %	37 %
South Dakota	37 %	39 %	37 %
Tennessee	38 %	40 %	38 %
Texas	39 %	41 %	39 %
Utah	38 %	40 %	38 %
Vermont	38 %	40 %	38 %
Virginia	39 %	41 %	39 %
Washington	37 %	39 %	37 %
West Virginia	40 %	42 %	40 %
Wisconsin	36 %	38 %	36 %
Wyoming	37 %	39 %	37 %

* Los medicamentos de Nivel 4 solo están disponibles para un suministro de 30 días al por menor o por correo.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte la guía actual *Medicare y Usted*. Puede verla en línea, en [medicare.gov](https://www.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.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar su nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. Para el Premier plan, pagará \$25 para Insulinas Selectas de Nivel 3 en farmacias preferidas de la red.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en áreas urbanas de Mississippi. 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 nuestra red, incluso los datos sobre alguna farmacia preferida de costos más bajos en su área, llame al 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/2023network**.

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.