

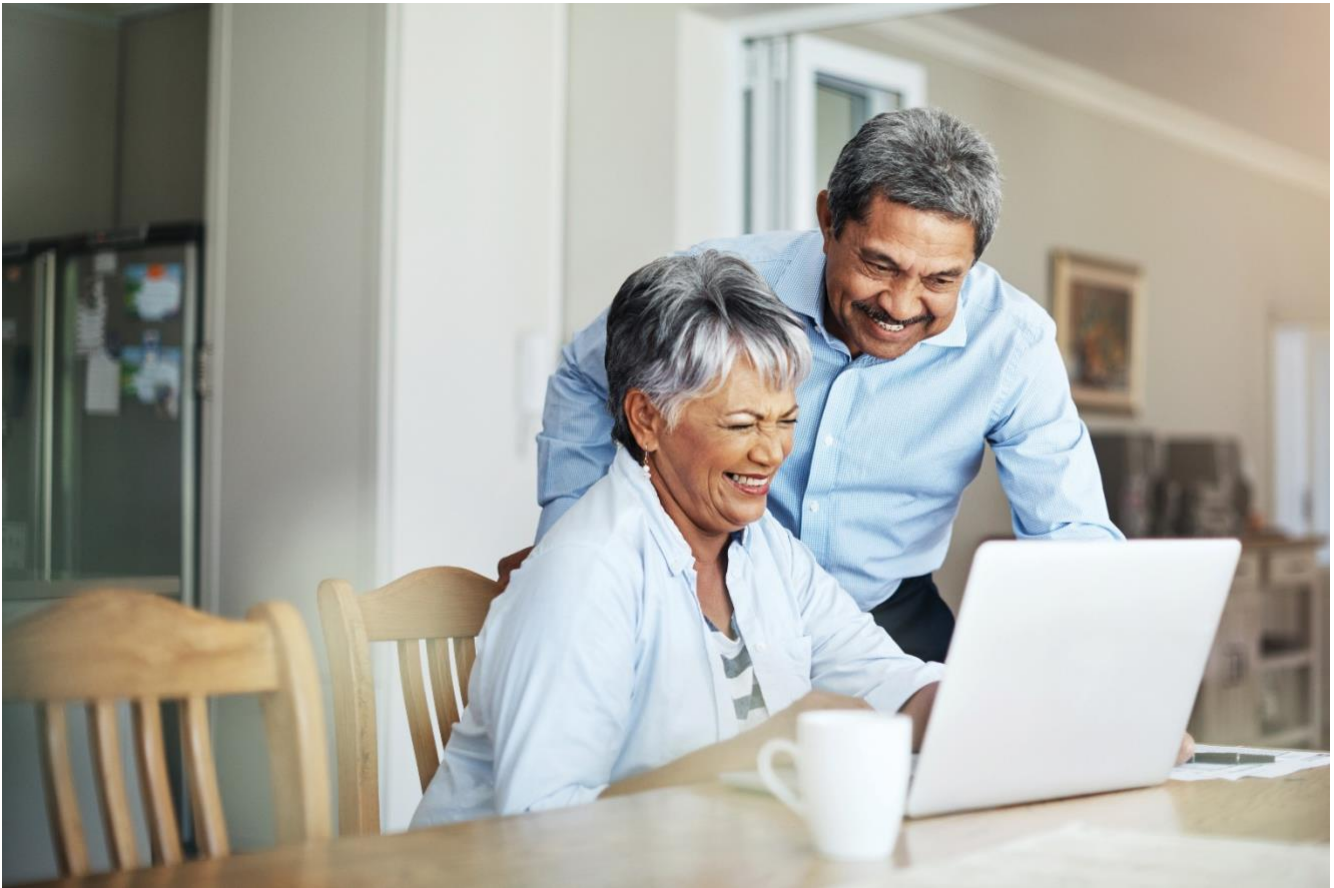


| **Plus Plan** | **Essential Plan** | **Premier Plan**

S7126

Resumen de Beneficios de 2024

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024



Esta guía es un resumen de lo que cubren los Plus, Essential y Premier plans 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/2024documents o llame a 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**; TTY: **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**; TTY: **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 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 2024 en línea, para cada uno de nuestros planes, así como las restricciones, en **mutualofomaharx.com/formulary**.



¿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 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/network**.

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 envío 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?

- **Etapas 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 los montos de los deducibles en la página 4 para el Plus Plan, en la página 11 para el Essential Plan y la página 13 para el Premier Plan.

- **Etapas 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 \$5,030. (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 la página 4 para el Plus Plan, la página 11 para el Essential Plan y la página 13 para el Premier Plan para ver los montos que paga.

- **Etapas de Falta de Cobertura (o Período sin Cobertura)**

Esta etapa comienza después de que el costo total anual de sus medicamentos supera \$5,030.

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 del año hasta la fecha sumen \$8,000.

- **Etapas de Cobertura Catastrófica**

Esta etapa comienza después de que los costos directos de su bolsillo del año hasta la fecha superen los \$8,000. Durante esta etapa, usted paga \$0 por el costo de los medicamentos genéricos y de todos los demás medicamentos.

Resumen de Beneficios del Plus Plan

PRIMA MENSUAL: VA DE \$35.40 A \$116.90

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

Deducible Anual: \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas necesarias para viajes.

Los **medicamentos de insulina** tienen un precio con copagos de Nivel 3 de \$35 por un suministro de 30 días, \$70 por un suministro de 60 días y \$105 por un suministro de 90 días para las redes preferidas y estándar.

Etapas de Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Preferida		Pedido Por Correo Preferido	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 - \$2 de copago	\$3 - \$6 de copago	\$2.50 - \$5 de copago	\$8 - \$9 de copago	\$24 - \$27 de copago
El copago varía según el estado. Consulte la Tabla A de las páginas 6 y 7.					
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	\$5 de copago	\$15 de copago	\$12.50 de copago	\$12 de copago	\$36 de copago
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	15% – 20% El coseguro varía por estado. Consulte la Tabla B de las páginas 7, 8 y 9.				
Nivel 4* Medicamentos No Preferidos	35% – 46%* El coseguro varía por estado. Consulte la Tabla C de las páginas 9 y 10.				
Nivel 5* Medicamentos Especializados	25% del costo total*				

* Los medicamentos de los Niveles 4 y 5 solo están disponibles en suministros para 30 días en farmacias minoristas o por correo.

Primas del Plus Plan por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$116.90	Kentucky	\$97.10	Ohio	\$85.00
Alaska	\$97.70	Louisiana	\$43.10	Oklahoma	\$93.20
Arizona	\$103.20	Maine	\$96.30	Oregon	\$105.50
Arkansas	\$37.70	Maryland	\$89.10	Pennsylvania	\$41.20
California	\$112.30	Massachusetts	\$110.80	Rhode Island	\$110.80
Colorado	\$104.30	Michigan	\$35.40	South Carolina	\$42.60
Connecticut	\$110.80	Minnesota	\$40.90	South Dakota	\$40.90
Delaware	\$89.10	Mississippi	\$99.00	Tennessee	\$116.90
District of Columbia	\$89.10	Missouri	\$104.60	Texas	\$99.90
Florida	\$103.80	Montana	\$40.90	Utah	\$41.90
Georgia	\$94.90	Nebraska	\$40.90	Vermont	\$110.80
Hawaii	\$94.90	Nevada	\$97.20	Virginia	\$96.50
Idaho	\$41.90	New Hampshire	\$96.30	Washington	\$105.50
Illinois	\$93.10	New Jersey	\$98.00	West Virginia	\$41.20
Indiana	\$97.10	New Mexico	\$94.70	Wisconsin	\$46.30
Iowa	\$40.90	North Carolina	\$81.20	Wyoming	\$40.90
Kansas	\$92.20	North Dakota	\$40.90		

Plus Plan

Consulte las tablas a continuación para conocer los costos compartidos del Nivel 1 en su estado.

Tabla A: Plus Plan: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 1 por Estado					
Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo Preferido
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Alabama	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Alaska	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Arizona	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Arkansas	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
California	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Colorado	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Connecticut	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Delaware	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
District of Columbia	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Florida	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Georgia	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Hawaii	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Idaho	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Illinois	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Indiana	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Iowa	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Kansas	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Kentucky	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Louisiana	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Maine	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Maryland	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Massachusetts	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Michigan	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Minnesota	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Mississippi	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Missouri	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Montana	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Nebraska	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Nevada	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
New Hampshire	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
New Jersey	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
New Mexico	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
North Carolina	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
North Dakota	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00

Tabla A: Plus Plan: Costos Compartidos de la Cobertura Inicial del Nivel 1 por Estado, continuación

Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo Preferido
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Ohio	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Oklahoma	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Oregon	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Pennsylvania	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Rhode Island	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
South Carolina	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
South Dakota	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Tennessee	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Texas	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Utah	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Vermont	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Virginia	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
Washington	\$1.00	\$3.00	\$8.00	\$24.00	\$2.50
West Virginia	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Wisconsin	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00
Wyoming	\$2.00	\$6.00	\$9.00	\$27.00	\$5.00

Plus Plan

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

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

Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo Preferidos
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Alabama	17%	17%	19%	19%	17%
Alaska	17%	17%	19%	19%	17%
Arizona	17%	17%	19%	19%	17%
Arkansas	16%	16%	18%	18%	16%
California	17%	17%	19%	19%	17%
Colorado	16%	16%	18%	18%	16%
Connecticut	17%	17%	19%	19%	17%
Delaware	17%	17%	19%	19%	17%
District of Columbia	17%	17%	19%	19%	17%
Florida	17%	17%	19%	19%	17%

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

Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo Preferido
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Georgia	17%	17%	19%	19%	17%
Hawaii	17%	17%	19%	19%	17%
Idaho	15%	15%	17%	17%	15%
Illinois	17%	17%	19%	19%	17%
Indiana	17%	17%	19%	19%	17%
Iowa	15%	15%	17%	17%	15%
Kansas	17%	17%	19%	19%	17%
Kentucky	17%	17%	19%	19%	17%
Louisiana	15%	15%	17%	17%	15%
Maine	17%	17%	19%	19%	17%
Maryland	17%	17%	19%	19%	17%
Massachusetts	17%	17%	19%	19%	17%
Michigan	15%	15%	17%	17%	15%
Minnesota	15%	15%	17%	17%	15%
Mississippi	17%	17%	19%	19%	17%
Missouri	17%	17%	19%	19%	17%
Montana	15%	15%	17%	17%	15%
Nebraska	15%	15%	17%	17%	15%
Nevada	17%	17%	19%	19%	17%
New Hampshire	17%	17%	19%	19%	17%
New Jersey	17%	17%	19%	19%	17%
New Mexico	17%	17%	19%	19%	17%
North Carolina	18%	18%	20%	20%	18%
North Dakota	15%	15%	17%	17%	15%
Ohio	17%	17%	19%	19%	17%
Oklahoma	17%	17%	19%	19%	17%
Oregon	16%	16%	18%	18%	16%
Pennsylvania	15%	15%	17%	17%	15%
Rhode Island	17%	17%	19%	19%	17%
South Carolina	16%	16%	18%	18%	16%
South Dakota	15%	15%	17%	17%	15%
Tennessee	17%	17%	19%	19%	17%
Texas	17%	17%	19%	18%	17%
Utah	15%	15%	17%	17%	15%
Vermont	17%	17%	19%	19%	17%

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

Estado	Farmacia Preferida		Farmacia Estándar		Pedido Por Correo Preferido
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Virginia	18%	18%	20%	20%	18%
Washington	16%	16%	18%	18%	16%
West Virginia	15%	15%	17%	17%	15%
Wisconsin	15%	15%	17%	17%	15%
Wyoming	15%	15%	17%	17%	15%

Nota: Usted paga el mismo costo compartido en farmacias de envío a domicilio no preferidas que paga en farmacias minoristas estándar de la red por medicamentos del Nivel 4.

Tabla C: 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 Preferido Suministro de 30 días
Alabama	37%	39%	37%
Alaska	39%	41%	39%
Arizona	41%	43%	41%
Arkansas	36%	38%	36%
California	39%	41%	39%
Colorado	38%	40%	38%
Connecticut	39%	41%	39%
Delaware	41%	43%	41%
District of Columbia	41%	43%	41%
Florida	40%	42%	40%
Georgia	40%	42%	40%
Hawaii	40%	42%	40%
Idaho	38%	40%	38%
Illinois	41%	43%	41%
Indiana	39%	41%	39%
Iowa	36%	38%	36%
Kansas	36%	38%	36%
Kentucky	39%	41%	39%
Louisiana	36%	38%	36%
Maine	40%	42%	40%
Maryland	41%	43%	41%
Massachusetts	39%	41%	39%
Michigan	36%	38%	36%
Minnesota	36%	38%	36%
Mississippi	38%	40%	38%

Tabla C: 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 Preferido Suministro de 30 días
Missouri	36%	38%	36%
Montana	36%	38%	36%
Nebraska	36%	38%	36%
Nevada	43%	45%	43%
New Hampshire	40%	42%	40%
New Jersey	41%	43%	41%
New Mexico	39%	41%	39%
North Carolina	43%	45%	43%
North Dakota	36%	38%	36%
Ohio	40%	42%	40%
Oklahoma	37%	39%	37%
Oregon	39%	41%	39%
Pennsylvania	39%	41%	39%
Rhode Island	39%	41%	39%
South Carolina	36%	38%	36%
South Dakota	36%	38%	36%
Tennessee	37%	39%	37%
Texas	44%	46%	44%
Utah	38%	40%	38%
Vermont	39%	41%	39%
Virginia	40%	42%	40%
Washington	39%	41%	39%
West Virginia	39%	41%	39%
Wisconsin	35%	37%	35%
Wyoming	36%	38%	36%

* Los medicamentos del Nivel 4 solo están disponibles en suministros para 30 días en farmacias minoristas o por correo.

Resumen de Beneficios del Essential Plan

PRIMA MENSUAL: VA DE \$20.30 A \$27.90

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

Deducible Anual: \$0 para Medicamentos del Nivel 1; \$545 para Medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5. No hay deducible para las insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas necesarias para viajes.

Los **medicamentos de insulina** tienen un precio con copagos de Nivel 3 de \$35 por un suministro de 30 días, \$70 por un suministro de 60 días y \$105 por un suministro de 90 días para las redes preferidas y estándar.

Etapas de Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Preferida		Pedido Por Correo Preferido	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	\$15 de copago	\$45 de copago
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	\$15 de copago	\$45 de copago	\$37.50 de copago	\$20 de copago	\$60 de copago
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	45% - 48% de coseguro	N/A*	45% - 48% de coseguro*	47% - 50% de coseguro	N/A*
El coseguro varía por estado. Consulte la Tabla D de la página 12.					
Nivel 5* Medicamentos Especializados	25% del costo total*				

* Los medicamentos de los Niveles 4 y 5 solo están disponibles en suministros para 30 días en farmacias minoristas o por correo.

Primas del Essential Plan por Estado					
Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$23.60	Kentucky	\$24.10	Ohio	\$24.10
Alaska	\$24.20	Louisiana	\$24.60	Oklahoma	\$22.90
Arizona	\$22.90	Maine	\$26.80	Oregon	\$23.00
Arkansas	\$22.80	Maryland	\$26.30	Pennsylvania	\$24.90
California	\$25.70	Massachusetts	\$27.90	Rhode Island	\$27.90
Colorado	\$22.80	Michigan	\$23.20	South Carolina	\$25.10
Connecticut	\$27.90	Minnesota	\$22.90	South Dakota	\$22.90
Delaware	\$26.30	Mississippi	\$23.20	Tennessee	\$23.60
District of Columbia	\$26.30	Missouri	\$23.40	Texas	\$23.70
Florida	\$24.20	Montana	\$22.90	Utah	\$20.30
Georgia	\$23.60	Nebraska	\$22.90	Vermont	\$27.90
Hawaii	\$23.10	Nevada	\$23.30	Virginia	\$25.00
Idaho	\$20.30	New Hampshire	\$26.80	Washington	\$23.00
Illinois	\$24.00	New Jersey	\$24.40	West Virginia	\$24.90
Indiana	\$24.10	New Mexico	\$22.40	Wisconsin	\$22.10
Iowa	\$22.90	North Carolina	\$24.90	Wyoming	\$22.90
Kansas	\$22.00	North Dakota	\$22.90		

Medicamentos Recetados de la Parte D del Nivel 4 del Essential Plan

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de *1 mes* de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos).

Nota: Usted paga el mismo costo compartido en farmacias de envío a domicilio no preferidas que paga en farmacias minoristas estándar de la red por medicamentos del Nivel 4.

Tabla D: Essential Plan Costo Compartido para un Suministro de 1 Mes de Medicamentos Cubiertos del Nivel 4 según el Estado			
Estado	Montos de Costo Compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (de la Red) – Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Farmacia Fuera de la Red	Montos de Costo Compartido para: Farmacia Minorista Preferida (de la Red)	Montos de Costo Compartido para: Pedido Por Correo Preferido
	Nivel 4	Nivel 4	Nivel 4
Alaska	47%	45%	45%
Oklahoma	48%	46%	46%
Todos los demás estados	50%	48%	48%

Resumen de Beneficios del Premier Plan

PRIMA: VA DE \$53.30 A \$118.60

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; \$349 para Medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. No hay deducible para las insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas necesarias para viajes.

Los **medicamentos de insulina** tienen un precio con copagos de Nivel 3 de \$35 por un suministro de 30 días, \$70 por un suministro de 60 días y \$105 por un suministro de 90 días para las redes preferidas y estándar

Etapas de Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Preferida		Pedido Por Correo Preferido	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	\$2.50 de copago	\$8 de copago	\$24 de copago
Nivel 2 Medicamentos Genéricos	\$10 de copago	\$30 de copago	\$25 de copago	\$17 de copago	\$51 de copago
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$117.50 de copago	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4* Medicamentos No Preferidos	36% - 49% de coseguro	N/A*	36% - 49% de coseguro*	37% - 50% de coseguro	N/A*
El coseguro varía por estado. Consulte la Tabla E de las páginas 14, 15 y 16.					
Nivel 5** Medicamentos Especializados	28% del costo*				

* Los medicamentos de los Niveles 4 y 5 solo están disponibles en suministros para 30 días en farmacias minoristas o por correo.

Primas del Premier Plan por Estado

Estado	Prima	Estado	Prima	Estado	Prima
Alabama	\$73.00	Kentucky	\$69.50	Ohio	\$86.50
Alaska	\$81.30	Louisiana	\$77.10	Oklahoma	\$79.30
Arizona	\$67.50	Maine	\$90.10	Oregon	\$83.00
Arkansas	\$74.80	Maryland	\$84.60	Pennsylvania	\$88.20
California	\$100.30	Massachusetts	\$102.40	Rhode Island	\$102.40
Colorado	\$100.70	Michigan	\$75.00	South Carolina	\$78.60
Connecticut	\$102.40	Minnesota	\$70.30	South Dakota	\$70.30
Delaware	\$84.60	Mississippi	\$95.10	Tennessee	\$73.00
District of Columbia	\$84.60	Missouri	\$70.90	Texas	\$77.10
Florida	\$118.60	Montana	\$70.30	Utah	\$71.60
Georgia	\$86.80	Nebraska	\$70.30	Vermont	\$102.40
Hawaii	\$79.20	Nevada	\$81.80	Virginia	\$84.40
Idaho	\$71.60	New Hampshire	\$90.10	Washington	\$83.00
Illinois	\$66.90	New Jersey	\$89.50	West Virginia	\$88.20
Indiana	\$69.50	New Mexico	\$53.30	Wisconsin	\$77.80
Iowa	\$70.30	North Carolina	\$65.40	Wyoming	\$70.30
Kansas	\$67.20	North Dakota	\$70.30		

Nota: Usted paga el mismo costo compartido en farmacias de envío a domicilio no preferidas que paga en farmacias minoristas estándar de la red por medicamentos del Nivel 4.

Tabla E: Premier Plan

Costo Compartido para un Suministro de 1 Mes de Medicamentos Cubiertos del Nivel 4 según el Estado

Estado	Montos de Costo Compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (de la Red) – Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Farmacia Fuera de la Red	Montos de Costo Compartido para: Farmacia Minorista Preferida (de la Red)	Montos de Costo Compartido para: Pedido Por Correo Preferido
	Nivel 4	Nivel 4	Nivel 4
Alabama	50%	49%	49%
Alaska	40%	39%	39%
Arizona	48%	47%	47%
Arkansas	43%	42%	42%
California	47%	45%	45%
Colorado	45%	43%	43%
Connecticut	49%	48%	48%
Delaware	50%	49%	49%
Dist. of Columbia	50%	49%	49%
Florida	47%	45%	45%

Tabla E: Premier Plan
Costo Compartido para un Suministro de 1 Mes de Medicamentos Cubiertos del Nivel 4
según el Estado, continuación

Estado	Montos de Costo Compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (de la Red) – Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Farmacia Fuera de la Red	Montos de Costo Compartido para: Farmacia Minorista Preferida (de la Red)	Montos de Costo Compartido para: Pedido Por Correo Preferido
Georgia	50%	49%	49%
Hawaii	43%	42%	42%
Idaho	49%	48%	48%
Illinois	47%	46%	46%
Indiana	50%	49%	49%
Iowa	47%	46%	46%
Kansas	48%	46%	46%
Kentucky	50%	49%	49%
Louisiana	48%	47%	47%
Maine	50%	48%	48%
Maryland	50%	49%	49%
Massachusetts	49%	48%	48%
Michigan	50%	48%	48%
Minnesota	47%	46%	46%
Mississippi	49%	48%	48%
Missouri	50%	49%	49%
Montana	47%	46%	46%
Nebraska	47%	46%	46%
Nevada	37%	36%	36%
New Hampshire	50%	48%	48%
New Jersey	43%	42%	42%
New Mexico	43%	41%	41%
North Carolina	48%	46%	46%
North Dakota	47%	46%	46%
Ohio	44%	42%	42%
Oklahoma	50%	48%	48%
Oregon	50%	49%	49%
Pennsylvania	37%	36%	36%
Rhode Island	49%	48%	48%
South Carolina	42%	40%	40%
South Dakota	47%	46%	46%
Tennessee	50%	49%	49%
Texas	45%	44%	44%

Tabla E: Premier Plan
Costo Compartido para un Suministro de 1 Mes de Medicamentos Cubiertos del Nivel 4
según el Estado, continuación

Estado	Montos de Costo Compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (de la Red) – Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Farmacia Fuera de la Red	Montos de Costo Compartido para: Farmacia Minorista Preferida (de la Red)	Montos de Costo Compartido para: Pedido Por Correo Preferido
Utah	49%	48%	48%
Vermont	49%	48%	48%
Virginia	43%	42%	42%
Washington	50%	49%	49%
West Virginia	37%	36%	36%
Wisconsin	50%	49%	49%
Wyoming	47%	46%	46%

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.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en áreas urbanas de Arkansas. 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 con costos más bajos en su área, llame a Servicio al Cliente al **1.855.864.6797** (los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**) o consulte el directorio de farmacias en línea en mutualofomaharx.com/network.

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**).