

2018 RESUMEN DE BENEFICIOS ENVISIONRXPLUS, PLAN DE PARTE D

BAJA PRIMA MENSUAL: \$12.60



DEDUCIBLE				
\$0 deducible en medicamentos de niveles 1 y 2		\$300 deducible en medicamentos de niveles 3-5		
COPAGOS Y COASEGURO				
ETAPA DE COBERTURA INICIAL	Valor que usted paga hasta que usted y el plan hayan pagado un total de \$3,750 (incluye el deducible) por gastos de medicamentos recetados cubiertos			
	Provisión para 30 días		Provisión para 90 días	
Nivel de cobertura de medicamentos	Farmacia Preferida	Farmacia Estándar	Farmacia Preferida	Farmacia Estándar
Nivel 1 – Genéricos preferidos	\$1	\$15	\$2 (local) \$0 (correo)	\$45
Nivel 2 – Genéricos	\$6	\$20	\$18 (local) \$9 (correo)	\$60
Nivel 3 – Preferidos de marca	\$29 (\$34 OR/WA)	\$47	\$87 (\$102 OR/WA)	\$141
Nivel 4 – Meds. no preferidos	Varía por estado. Ver página siguiente			
Nivel 5 – Meds. de especialidad	27%	27%	No cubiertos	No cubiertos
Lo anterior aplica tanto a farmacias locales como de servicio por correo. Si reside en una institución de cuidados a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia estándar y puede recibir una provisión hasta para 31 días. Usted puede adquirir medicamentos en farmacias fuera de la red, pero podría tener que pagar más que en farmacias dentro de la red.				
ETAPA DE VACÍO DE COBERTURA	Valor de los gastos de bolsillo que usted paga entre \$3,750 y \$5,000 en total por medicamentos recetados			
	Provisión para 30 o 90 días			
Medicamentos genéricos	Usted paga 44% del costo			
Medicamentos de marca	Usted paga 35% del precio negociado y una porción del costo de despacho			
ETAPA CATASTRÓFICA	Valor que usted paga después de \$5,000 en gastos anuales de bolsillo por medicamentos recetados cubiertos			
	Provisión para 30 o 90 días			
Medicamentos genéricos	Usted paga lo que sea mayor de 5% de coaseguro o \$3.35 de copago			
Medicamentos de marca	Usted paga lo que sea mayor de 5% de coaseguro o \$8.35 de copago			

La información de beneficios suministrada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. No es una lista de todos los servicios que cubrimos ni de todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista de todos los servicios que cubrimos, solicite una Evidencia de Cobertura llamando a Servicio a Miembros o visitando a envisionrxplus.com. El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que usted escoja y de cuando usted entre a una nueva etapa de beneficios de Parte D. Para más información sobre costo compartido específico por farmacia y fases de beneficios, llámenos o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

2018 RESUMEN DE BENEFICIOS ENVISIONRXPLUS, PLAN DE PARTE D

BAJA PRIMA MENSUAL: \$12.60



EL COASEGURO POR NIVEL 4 VARÍA POR ESTADO

Estado	Farmacia Preferida (Provisión para 30 y 90 días farmacia local y por correo)	Farmacia estándar (Provisión para 30 y 90 días farmacia local y por correo)
Connecticut	38%	45%
Delaware	39%	48%
Distrito de Columbia	39%	48%
Georgia	40%	43%
Maine	40%	47%
Maryland	39%	48%
Massachusetts	38%	45%
Michigan	43%	50%
Mississippi	42%	50%
New Hampshire	40%	47%
New York	38%	45%
North Carolina	43%	47%
Ohio	35%	41%
Oregón	40%	43%
Pennsylvania	36%	43%
Rhode Island	38%	45%
South Carolina	42%	47%
Vermont	38%	45%
Washington	40%	43%
West Virginia	36%	43%

Los coaseguros anteriores se aplican tanto a farmacias locales como a las de servicio por correo

Para inscribirse en EnvisionRxPlus usted tiene que tener derecho a Medicare Parte A y/o estar afiliado a Medicare Parte B, y vivir en nuestra área de servicio. Nosotros ofrecemos cobertura en todos los estados, Puerto Rico and Guam. Sin embargo, pueden existir diferencias de costo y de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado y territorio. Si se muda de un estado o territorio a otro que está en nuestra área de servicio, usted debe llamar a Servicio a Miembros con el fin de actualizar su información.

2018 Resumen de Beneficios, EnvisionRxPlus, Plan de Parte D Recordatorio de Beneficios

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Contacte al plan para más información. Limitaciones, copagos y restricciones pueden aplicar. Los beneficios, primas, copagos y coaseguros pueden cambiar el primero de enero de cada año. Usted tiene que continuar pagando sus primas de Medicare Parte B.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente, al 1-866-250-2005 (TTY: 711), atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-866-250-2005 (TTY: 711) 24 hours a day, 7 days a week.

Existen otras farmacias en nuestra red. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación cuando sea necesario.

Si desea saber más acerca de la cobertura y costos del Medicare Original o comparar planes, consulte su manual "Medicare & You" corriente. También puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> u ordenarlo llamando al 1-800-MEDICARE.

Usted puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte D), restricciones y el directorio de farmacias en nuestro portal en envisionrxplus.com. EnvisionRxPlus es un PDP con contrato de Medicare. La inscripción a EnvisionRxPlus depende de la renovación del contrato.

Si califica, usted puede obtener Ayuda Extra para pagar las primas mensuales, deducible anual y coaseguros del plan de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda Extra" también cuenta para sus costos de bolsillo. Personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para "Ayuda Extra". Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda Extra" y no necesitan presentar solicitud. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para "Ayuda Extra".

Usted podría conseguir "Ayuda Extra" para pagar las primas y otros costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para "Ayuda Extra," llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY, llamar al 1-877-486-2048. Atienden 24 horas al día, 7 días a la semana;
- a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y las 7 pm, lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

EnvisionRxPlus cumple con todas las leyes federales aplicables a los derechos humanos y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. EnvisionRxPlus no excluye a personas ni las trata en forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. EnvisionRxPlus:

- Proporciona ayudas y servicios gratis a personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y accesible en formato electrónico)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitamente a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, contacte a Servicio a Miembros. Si cree que EnvisionRxPlus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: EnvisionRxPlus, dirección postal: 2181 E. Aurora Rd, Ste. 201, Twinsburg, OH, 44087, Servicio a Miembros: 1-866-250-2005, TTY: 711, fax: 1-877-503-7231, correo electrónico: clinicalservices@envisionrxplus.com. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicio a Miembros está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.