

Obtenga cobertura de medicamentos confiable de Express Scripts Medicare® (PDP).

Nuestra prima más baja y un deducible de \$0 por los medicamentos genéricos













Plan Saver

Prima baja y mayor cobertura de medicamentos

Plan Value

La cobertura de medicamentos más amplia y el deducible más bajo

Plan Choice

Deducible anual	\$0 (Niveles 1 y 2) \$405 (Niveles 3, 4 y 5)			\$405			\$0 (Niveles 1 y 2) \$350 (Niveles 3, 4 y 5)		
Etapas de Cobertura Inicial Copago (\$) o coseguro (%) que usted pagará (por tipo de farmacia y días de suministro)	Entrega a domicilio preferida 90 días	Farmacia minorista preferida 31 días	Farmacia minorista estándar 31 días	Entrega a domicilio preferida 90 días	Farmacia minorista preferida 31 días	Farmacia minorista estándar 31 días	Entrega a domicilio preferida 90 días	Farmacia minorista preferida 31 días	Farmacia minorista estándar 31 días
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	\$2	\$1	\$5	\$3	\$1	\$5	\$0	\$2	\$10
Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$8	\$4	\$10	\$9	\$3	\$10	\$4	\$7	\$20
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	18 %	18 %	20 %	\$54-\$84	\$18-\$28	\$23-\$33	\$126	\$42	\$47
Nivel 4 (suministro de 31 días solamente) Medicamentos no preferidos	44 %-49 %	42 %-47 %	44 %-49 %	42 %-50 %	40 %-48 %	42 %-50 %	32 %-50 %	30 %-48 %	32 %-50 %
Nivel 5 (suministro de 31 días solamente) Medicamentos especializados	25 %			25 %			26 %		
Principales farmacias preferidas				 +Farmacias locales, independientes					
		 	 	 	 				




La cobertura de la Parte D que usted espera a un precio inesperado.

Presentamos nuestro nuevo **Plan Saver**

- **Prima baja de tan solo \$22.60** por mes.* ¡Menos de \$1 por día!
- **Cobertura de casi 3,000** de los medicamentos más comúnmente utilizados
- **Deducible de \$0** (medicamentos genéricos de los Niveles 1 y 2)
- **Copagos bajos en farmacias preferidas**, incluidas CVS Pharmacy®, Kroger y con entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy^{SM†}

Inscríbase entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2017, a menos que califique para un Período Especial de Inscripción. Si usted es nuevo en Medicare, puede inscribirse durante su Período de Inscripción Inicial. Hágalo en línea o llame hoy mismo.

 express-scriptsmedicare.com

 **1.866.546.8151**
TTY: 1.800.716.3231

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

*La prima es de \$22.50 en AR, CA, HI, NC y PR; de \$24 en PA, SC, VA y WV.

†Otras farmacias están disponibles en nuestra red.

Las cantidades que se muestran al dorso corresponden a las etapas de Deducible anual y Cobertura Inicial solamente.

Las primas mensuales y los copagos/ el coseguro de los Niveles 3 y 4 pueden variar según el plan y la región.



Esta información no es una descripción de beneficios completa. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Recuerde que usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

La red de farmacias del plan Saver de Express Scripts Medicare ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en áreas rurales y suburbanas de AR, IA, MN, MT, ND, NE, PR, SD, WI y WY; y en áreas rurales solamente de ID, KS, MO, MS, OK y UT. Los costos más bajos que se publican en nuestros materiales de los planes para estas farmacias pueden no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluidas las farmacias con costos compartidos preferidos, llame al Servicio al cliente al **1.866.546.8151**; TTY: **1.800.716.3231**, o consulte el directorio de farmacias en línea en express-scriptsmedicare.com/2018network.

Express Scripts Medicare (PDP) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no comete discriminación por raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo de las personas.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.866.546.8151** (TTY: **1.800.716.3231**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1.866.546.8151** (聽障專線：**1.800.716.3231**)。

Express Scripts Medicare (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare.

La inscripción en Express Scripts Medicare depende de la renovación del contrato.

© 2017 Express Scripts Holding Company. Todos los derechos reservados. Todas las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.

OT47260U
Y0046_OT47260U Aceptado