

Resumen de beneficios para 2019

Aetna Medicare Rx Select (PDP)

S5810, Plan 293

**Este es un resumen de los servicios que cubre Aetna Medicare Rx Select (PDP)
Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019**

Aetna Medicare Rx Select (PDP) es un plan de medicamentos con receta de Medicare con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. La "Evidencia de cobertura" del plan brinda una lista completa de los servicios que cubrimos. La "Evidencia de cobertura" está disponible en nuestro sitio web o puede llamarnos para solicitar una copia.

Para inscribirse en Aetna Medicare Rx Select (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 el siguiente estado: Texas

Medicamentos con receta para pacientes externos

Prima mensual del plan: \$16.10

Deducible: después de pagar su deducible de \$380, usted paga los montos del costo compartido que se indican en la tabla a continuación. El deducible no se aplica a los medicamentos del Nivel 1 o Nivel 2.

Límite de cobertura inicial (ICL): monto total que usted y el plan pagan por medicamentos con receta antes de ingresar en la etapa del período sin cobertura: \$3,820

Monto límite real que paga de su bolsillo (TrOOP): monto total que usted paga antes de alcanzar el nivel de cobertura en situaciones catastróficas: \$5,100

Formulario: A3	Suministro para 30 días de medicamentos con receta en farmacias minoristas preferidas	Suministro para 90 días en farmacias de pedido por correo preferidas y minoristas preferidas	Suministro para 30 días de medicamentos con receta en farmacias minoristas estándares	Suministro para 90 días en farmacias de pedido por correo estándares y minoristas estándares	Lo que debe saber
Nivel 1: genéricos preferidos	\$0	\$0	\$15	\$45	El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido específico de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra <i>Evidencia de cobertura</i> en línea.
Nivel 2: genéricos	\$2	\$6	\$20	\$60	
Nivel 3: de marca preferidos	\$47	\$141	\$47	\$141	
Nivel 4: medicamentos no preferidos	40%	40%	40%	40%	
Nivel 5: Especialidad	25%	N/C	25%	N/C	

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido específico de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea. Los miembros que reciben “Ayuda adicional” no necesitan obtener medicamentos con receta en farmacias de la red preferidas para recibir copagos de subsidio por bajos ingresos (LIS).

Período sin cobertura adicional

Nuestro plan ofrece cobertura de algunos medicamentos en la Etapa del período sin cobertura.

Costo compartido para un suministro para 30 días en una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido:

- Nivel 1: \$0
- Nivel 2: \$2

Costo compartido para un suministro para 30 días en una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar:

- Nivel 1: \$15
- Nivel 2: \$20

Para todos los demás medicamentos del formulario, después de que ingresa en el período sin cobertura, usted paga el 25% del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 37% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos lleguen a un total de \$5,100, que es el fin del período sin cobertura.

Cobertura en situaciones catastróficas

Después de que los costos totales que paga de su bolsillo alcanzan \$5,100, usted paga el monto que sea mayor de lo siguiente:

- El 5% del costo total del medicamento
- \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 para todos los demás medicamentos

Compare nuestro plan con Medicare

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y usted). Revíselo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Contáctenos

Para obtener más información, llámenos al siguiente número de teléfono o visite <https://www.aetnamedicare.com>.

Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito **1-833-217-9859**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Los miembros actuales deben llamar al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Puede consultar el formulario completo del plan (una lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web en <https://www.aetnamedicare.com/formulary>.

Aetna Medicare es un plan PDP, HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-217-9859 (TTY: 711) para obtener más información. Consulte la Evidencia de cobertura para una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el área de servicio. Los miembros que reciben "Ayuda adicional" no necesitan obtener medicamentos con receta en farmacias de la red preferidas para recibir copagos de subsidio por bajos ingresos (LIS).

ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-856-5680 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-217-9859 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m, siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

La red de farmacias de Aetna Medicare incluye farmacias preferidas con costo limitado más bajo en algunas áreas. Es posible que los costos más bajos anunciados en la documentación de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada acerca de nuestras farmacias de la red, que incluye si hay farmacias preferidas en su área, los miembros deben llamar al número que aparece en su tarjeta de identificación y los que no sean miembros al 1-833-217-9859. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o consultar el Directorio de farmacias en línea en <https://www.aetnamedicare.com/findpharmacy>.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, tales como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono que figura en este material.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Aetna Medicare Grievance Department, P.O. Box 14067, Lexington, KY 40512. También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono que figura en este material. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número de teléfono que figura en este material.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o bien, puede hacerlo por correo o por 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). Los formularios de reclamos están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> También puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles de Aetna por teléfono al 1-855-348-1369, por correo electrónico a MedicareCRCoordinator@aetna.com o por escrito a Aetna Medicare Grievance Department, ATTN: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14067, Lexington, KY 40512.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, incluidos los planes Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website or call the phone number listed in this document. (English)

Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Spanish)

如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Traditional Chinese)

Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalog)

Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (French)

Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamese)

Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (German)

영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 본 문서에 기재된 전화번호로 연락해 주십시오. (Korean)

Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Russian)

إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذا المستند. (Arabic)

अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italian)

Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente neste documento. (Portuguese)

Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Haitian Creole)

Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany w niniejszym dokumencie. (Polish)

英語をお話しにならない方は、無料の言語支援サービスを受けることができます。弊社のウェブサイトアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。(Japanese)

Nëse nuk flisni gjuhën angleze, shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë janë në dispozicionin tuaj. Vizitoni faqen tonë në internet ose merrni në telefon numrin e telefonit në këtë dokument. (Albanian)

ከእንግሊዘኛ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የእኛን ድረ-ገጽ ይጎብኙ ወይም በዚህ ስነድ ላይ የተዘረዘረውን ስልክ ቁጥር በመጠቀም ይደውሉ። (Amharic)

اگر آپ انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں تو، زبان سے متعلق مدد کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں یا اس دستاویز میں درج فون نمبر پر کال کریں۔ (Urdu)

אויב איר רעדט א שפראך אויסער ענגליש, זענען שפראך הילף סערוויסעס אוועילעבל. באזוכט אונזער וועבזייטל אדער רופט דעם טעלעפאן נומער וואס שטייט אויף דעם דאקומענט. (Yiddish)