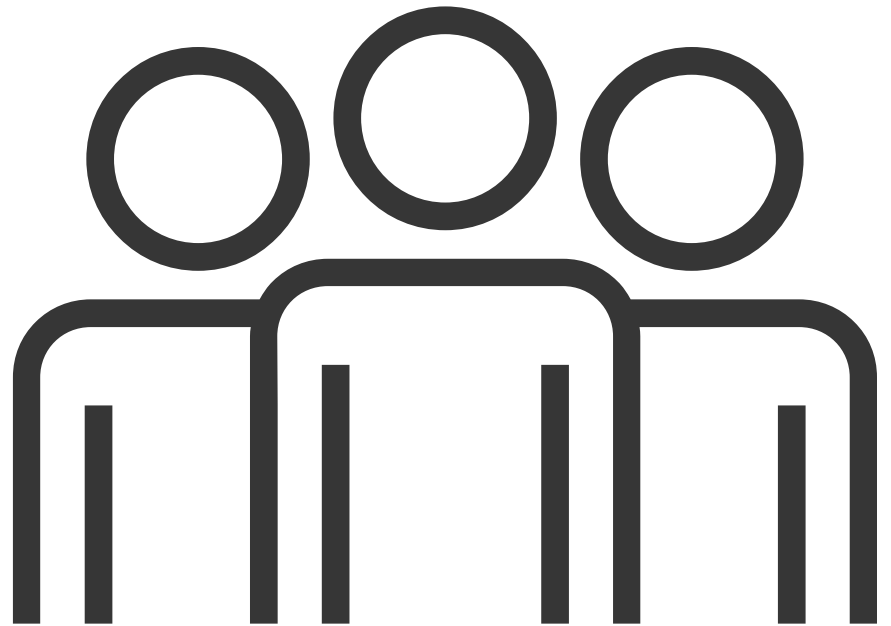


# Resumen de Beneficios 2020

**SilverScript Choice (PDP) | SilverScript Plus (PDP)**

1 de enero de 2020 – 31 de diciembre de 2020



**SilverScript<sup>®</sup>**



## Resumen de Beneficios

SilverScript ofrece dos planes de medicamentos recetados: SilverScript Choice (PDP) y SilverScript Plus (PDP). La información en este manual le ayudará a determinar qué Plan de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare es el adecuado para usted de acuerdo con su presupuesto.

Este manual le mostrará los diferentes costos de los dos planes de SilverScript, incluyendo:

- Primas mensuales para el cada estado
- Deducibles anuales
- Costo compartido de los miembros por nivel de medicamentos y fase del plan

Este Resumen de Beneficios no indica todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de nuestros servicios, descargue una copia de la *Evidencia de Cobertura* de nuestro sitio Web en [es.silverscript.com](http://es.silverscript.com), o llámenos y le enviaremos una copia. Puede encontrar nuestra Información de contacto en la contraportada de este manual.

## Por qué SilverScript tiene sentido para usted

Sin importar el plan que elija, los miembros de SilverScript reciben ahorros, conveniencia y tranquilidad con:

**\$0 de copago**  
en medicamentos del Nivel 1  
(Genéricos preferentes) en  
suministros de hasta 90 días<sup>1</sup>

**Ahorros de hasta un 50%<sup>2</sup>**  
en miles de farmacias preferentes  
en todo el país

<sup>1</sup> Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el copago es de \$0 para los medicamentos en el Nivel 1 en los planes Choice y Plus

<sup>2</sup> El porcentaje de ahorros se basa en las farmacias de la red de SilverScript que ofrecen costo compartido preferente vs. estándar. Los ahorros podrían variar según el estado, nivel de medicamentos y etapa de cobertura. Consulte las tablas en este manual para obtener el precio de los medicamentos en su estado.

### ¿Quién puede afiliarse?

Usted debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye lo siguiente:

- SilverScript Choice (PDP) está disponible en los 50 estados y en el Distrito de Columbia.
- SilverScript Plus (PDP) está disponible en 49 estados y en el Distrito de Columbia. Este plan no está disponible en Alaska.

### ¿Qué medicamentos están cubiertos?

Usted puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio Web en [es.silverscript.com](http://es.silverscript.com). O llámenos y le enviaremos una copia del formulario. Consulte la contraportada de este manual para obtener información sobre cómo contactarnos.

### ¿Qué farmacias puedo usar?

SilverScript tiene una red de farmacias y usted generalmente debe usar esas farmacias para surtir sus medicamentos para los medicamentos cubiertos de la Parte D. Muchas de nuestras farmacias de la red ofrecen costo compartido preferente. Usted podría pagar menos por algunos medicamentos si usa estas farmacias en vez de usar otras farmacias de la red que ofrecen costo compartido estándar. También tiene la opción de usar nuestra farmacia de envío por correo, CVS Caremark Mail Service Pharmacy™.

Si debe usar una farmacia fuera de la red en una emergencia o situación similar, podría pagar más de lo que paga en una farmacia de la red y el suministro será reducido. Usted puede buscar farmacias de la red cercanas usando la herramienta de Búsqueda de Farmacias en nuestro sitio Web en [es.silverscript.com](http://es.silverscript.com). O llámenos y le enviaremos una copia del directorio de farmacias. La información de contacto está en la contraportada de este manual.

### ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

El monto que usted paga depende del nivel de medicamentos, la farmacia que use y la etapa de beneficio que haya alcanzado. Cada medicamento está en uno de cinco “niveles”. Puede usar su formulario para identificar el nivel del medicamento y cuánto le costará.

<b>Nivel 1</b>	Genéricos preferentes	Nuestro nivel de costo compartido más bajo incluye muchos medicamentos genéricos de bajo costo.
<b>Nivel 2</b>	Genéricos	Incluye medicamentos genéricos de mayor costo.
<b>Nivel 3</b>	Marca preferente	Incluye muchos medicamentos de marca de costo eficaz y algunos medicamentos genéricos que valen tanto como los medicamentos de marca.
<b>Nivel 4</b>	Medicamentos no preferentes	Incluye medicamentos de marca y genéricos de mayor costo para los cuales generalmente hay una alternativa más económica.
<b>Nivel 5</b>	Nivel de especialidad	Nuestro nivel de costo compartido más alto incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo que cumplen con la definición de Medicare de medicamento especializado.

Hay cuatro etapas de beneficios en su cobertura de medicamentos recetados de Medicare: Etapa del Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de la Brecha de Cobertura y Etapa de Cobertura Catastrófica. Al pasar de una etapa a otra, el monto que usted y su plan pagan por sus medicamentos podría cambiar. Para obtener más información sobre niveles de formularios y etapas del beneficio, consulte el formulario del plan y la *Evidencia de Cobertura* en su sitio Web en [es.silverscript.com](http://es.silverscript.com), o comuníquese con el Cuidado al Cliente. Consulte la contraportada de este manual para obtener información sobre cómo contactarnos.

## Costos del plan

Las siguientes páginas contienen tablas que le muestran la prima mensual, el deducible anual y el costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial de SilverScript Choice (PDP) y SilverScript Plus (PDP) en cada estado en el que ofrecemos planes de medicamentos recetados. Aunque la mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa 3 (Etapa de la Brecha de Cobertura) ni la Etapa 4 (Etapa de Cobertura Catastrófica) durante el año del plan, es posible encontrar un resumen de sus costos en estas etapas más abajo.

### Prima mensual

Las primas mensuales del plan varían de precio de acuerdo con el plan en el que esté y el lugar donde viva. Las tablas en las siguientes páginas indican el monto mensual de la prima en cada estado. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

### Etapa 1: Etapa del Deducible Anual

SilverScript Choice (PDP) tiene \$0 de deducible para el Nivel 1 (Genéricos preferentes) y el Nivel 2 (Genéricos). Hay un deducible anual para el Nivel 3 (Marca preferente), el Nivel 4 (Medicamentos no preferentes) y el Nivel 5 (Especialidad). En la Etapa 1, debe pagar el costo completo de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta alcanzar el monto del deducible del plan. Para los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, la cobertura inicial comienza de inmediato y usted paga los montos del copago y coseguro indicados en la Etapa 2: la Etapa de Cobertura Inicial.

El plan SilverScript Plus no tiene un deducible en ningún nivel de medicamentos. Usted comienza en la Etapa 2, la Etapa de Cobertura Inicial, cuando despacha su primera receta.

Las tablas en las siguientes páginas indican los deducibles en cada estado.

## **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una parte del costo del medicamento y el plan paga una parte. Las tablas en las siguientes páginas muestran lo que usted paga hasta que su costo total anual alcance \$4,020. El costo anual total de medicamentos es el costo total pagado por usted y por el plan de la Parte D. Deberá obtener sus medicamentos en farmacias al detal o en farmacias de envío por correo de nuestra red para que SilverScript comparta el costo de sus medicamentos recetados.

Si reside en una institución de cuidados a largo plazo, usted paga la misma cantidad que en una farmacia al detal. También puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red en casos de emergencia, pero podría tener que pagar más de lo que paga en una farmacia de la red. El monto de los copagos y coseguro para un suministro de cuidados a largo plazo de 31 días y para un suministro fuera de la red de 10 días son los mismos por estado que el monto compartido estándar al detal/por correo de 30 días indicados en las siguientes tablas.

## **Etapa 3: Etapa de la Brecha de Cobertura**

La brecha de cobertura comienza después de que su costo total de medicamentos por el año (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,020.

- **SilverScript Choice (PDP)**

Después de que alcance la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del medicamento en medicamentos cubiertos de marca y el 25% del costo del medicamento en medicamentos genéricos, en cualquier nivel, hasta que su gasto de bolsillo (sin incluir sus primas) alcance \$6,350, lo cual representa el final de la brecha de cobertura. No todos alcanzan la de la brecha de cobertura.

- **SilverScript Plus (PDP)**

Bajo este plan, seguiremos proporcionando cierta cobertura de medicamentos recetados más allá de la cobertura estándar para ciertos medicamentos en la Etapa de la Brecha de Cobertura. Este plan ofrece cobertura en la brecha para los medicamentos del Nivel 1 y 2 cuando se surten en una farmacia de la red.

- Para el Nivel 1 y el Nivel 2, usted seguirá pagando el monto de copago que pagaba en la Etapa de Cobertura Inicial. Consulte las tablas en las siguientes páginas para ver los montos del copago.
- Para los Niveles 3, 4 y 5, usted paga el 25% del costo del medicamento en medicamentos cubiertos de marca y el 25% del costo del medicamento en medicamentos genéricos, hasta que su gasto de bolsillo (sin incluir sus primas) alcance \$6,350, lo cual representa el final de la brecha de cobertura.

## **Etapa 4: Etapa de Cobertura Catastrófica**

Después de que sus costos de bolsillo por medicamentos (incluyendo los medicamentos adquiridos a través de su farmacia al detal y por correo) alcancen \$6,350, usted paga la mayor cantidad entre:

- el 5% del costo de los medicamentos cubiertos en cualquier nivel, o
- \$3.60 de copago por medicamentos genéricos en el Nivel 1 y Nivel 2 (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos (Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5).

## Resumen de Beneficios de SilverScript 2020

	SilverScript Choice		SilverScript Plus	
Prima mensual	\$21.20 - \$58.20 Varía por región. Consulte la siguiente tabla.		\$56.70 - \$101.40 Varía por región. Consulte la siguiente tabla.	
Deducible (Niveles 3 a 5)	\$215 - \$435 Varía por región. Consulte la siguiente tabla.		No hay deducible	
Etapas de Cobertura Inicial	30 días de suministro		30 días de suministro	
	Al detal y por correo preferente	Al detal y por correo estándar	Al detal y por correo preferente	Al detal y por correo estándar
Nivel 1	\$0.00	\$5.00 <sup>1</sup>	\$0.00	\$5.00
Nivel 2	\$1.00	\$6.00 <sup>1</sup>	\$2.00	\$10.00
Nivel 3	\$47.00		\$47.00	
Nivel 4	Hawaii - 35% Todos los demás estados - 38%		Varía por región. Consulte la siguiente tabla.	
Nivel 5	Varía por región. Consulte la siguiente tabla.		33%	
	90 días de suministro		90 días de suministro	
Niveles 1-4	3 veces el monto del copago por 30 días		3 veces el monto del copago por 30 días	

<sup>1</sup> El copago al detal y por correo estándar de Hawaii en el Nivel 1 es de \$7.00 y en el Nivel 2 es de \$8.00

CVS Caremark Mail Service Pharmacy™ es la farmacia preferente de envío por correo de SilverScript Choice (PDP)

## SilverScript Choice (PDP)

Región del plan	Prima	Deducible (Niveles 3 a 5)	Nivel 5 (Pref. y est.)
Alabama y Tennessee	\$28.60	\$350	26%
Alaska	\$58.20	\$230	28%
Arizona	\$30.50	\$415	25%
Arkansas	\$23.80	\$380	26%
California	\$30.50	\$230	28%
Región Central de New England (CT, MA, RI, VT)	\$33.10	\$275	28%
Colorado	\$29.40	\$340	26%
Florida	\$25.20	\$250	28%
Georgia	\$23.30	\$320	27%
Hawaii	\$21.20	\$435	25%
Idaho y Utah	\$33.70	\$305	27%
Illinois	\$24.90	\$365	26%
Indiana y Kentucky	\$28.90	\$350	26%
Kansas	\$30.40	\$365	26%
Louisiana	\$29.00	\$285	27%
Michigan	\$30.20	\$290	27%
Atlántico Central (DC, DE, MD)	\$26.90	\$395	25%
Mississippi	\$23.90	\$340	26%
Missouri	\$30.90	\$295	27%
Nevada	\$36.30	\$390	25%
New Jersey	\$34.90	\$305	27%
New Mexico	\$23.30	\$315	27%
New York	\$34.80	\$290	27%
North Carolina	\$24.60	\$365	26%
Región Norte de New England (ME, NH)	\$30.50	\$335	26%
Ohio	\$30.80	\$380	26%
Oklahoma	\$27.60	\$335	26%
Oregon y Washington	\$31.30	\$245	28%
Pennsylvania y West Virginia	\$31.80	\$375	26%
South Carolina	\$21.60	\$400	25%
Texas	\$21.20	\$360	26%
Región Central Superior/Planicies (IA, MN, MT, ND, NE, SD, WY)	\$33.00	\$325	27%
Virginia	\$24.70	\$415	25%
Wisconsin	\$39.20	\$215	29%

## SilverScript Plus (PDP)

Región del plan	Prima	Deducible (Niveles 3 a 5)	Nivel 4 (Pref y est.)
Alabama y Tennessee	\$69.80	No hay un deducible en el plan SilverScript Plus.	50%
Arizona	\$94.90		49%
Arkansas	\$56.70		50%
California	\$97.60		49%
Región Central de New England (CT, MA, RI, VT)	\$89.80		50%
Colorado	\$99.10		50%
Florida	\$78.80		50%
Georgia	\$70.50		50%
Hawaii	\$86.60		49%
Idaho y Utah	\$84.40		50%
Illinois	\$89.70		50%
Indiana y Kentucky	\$68.40		50%
Kansas	\$71.90		50%
Louisiana	\$84.50		50%
Michigan	\$62.20		50%
Atlántico Central (DC, DE, MD)	\$80.30		50%
Mississippi	\$69.40		50%
Missouri	\$65.20		50%
Nevada	\$76.90		50%
New Jersey	\$101.40		47%
New Mexico	\$79.50		50%
New York	\$91.20		50%
North Carolina	\$76.40		50%
Región Norte de New England (ME, NH)	\$67.80		50%
Ohio	\$76.80		50%
Oklahoma	\$72.80		50%
Oregon y Washington	\$85.00		50%
Pennsylvania y West Virginia	\$83.60		50%
South Carolina	\$77.40		50%
Texas	\$77.30		50%
Región Central Superior/Planicies (IA, MN, MT, ND, NE, SD, WY)	\$75.30	50%	
Virginia	\$65.20	50%	
Wisconsin	\$69.10	50%	



## Para más información

En caso de preguntas sobre nuestros planes o si desea más información, llame al Cuidado al Cliente de SilverScript, o visite [es.silverscript.com](https://es.silverscript.com). La información de contacto está en la contraportada de este manual.

Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, busque en su manual actual **“Medicare y Usted”**. Consúltelo en línea en <https://es.medicare.gov> o pida una copia 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.

El formulario y/o la red de farmacias podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

La red de farmacias de SilverScript Choice (PDP) incluye farmacias limitadas de bajo costo y preferentes en las áreas rurales de Alaska. Los costos inferiores publicados en nuestros materiales del plan para estas farmacias podrían no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluyendo si hay farmacias preferentes de bajo costo en su área, llame al 1-866-235-5660 (TTY: 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en [es.silverscript.com](https://es.silverscript.com).

SilverScript es un Plan de Medicamentos Recetados con un contrato con Medicare ofrecido por SilverScript Insurance Company. La inscripción en SilverScript depende de la renovación del contrato.





## Lista de chequeo previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y reglas. En caso de otras preguntas, llame a un representante del Cuidado al Cliente al 1-866-552-6106 (TTY: 711), 1 de octubre – 31 de marzo, todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; 1 de abril – 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

### Entienda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que está en la *Evidencia de Cobertura* (EOC), en especial los servicios para los que rutinariamente usa un médico. Visite [www.silverscript.com](http://www.silverscript.com) o llame al 1-866-552-6106 (TTY: 711), 1 de octubre – 31 de marzo, todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; 1 de abril – 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, para revisar una copia de la EOC.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está indicada, posiblemente tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Entienda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2021.

La red de farmacias podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.



### Cuidado al Cliente de SilverScript

Método	Cuidado al Cliente – Información de contacto
<b>LLAME</b>	<p>1-866-235-5660 (miembros actuales) Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>1-866-552-6106 (posibles miembros) 1 de octubre – 31 de marzo, todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; 1 de abril – 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El Cuidado al Cliente también tiene servicios de intérpretes disponible para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>FAX</b>	1-866-552-6205
<b>ESCRIBA</b>	SilverScript Insurance Company P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://es.silverscript.com">es.silverscript.com</a>