



# Resumen de Beneficios 2023

**AARP® MedicareRx Preferred (PDP)**

S5820-003-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos que proporciona el plan. Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-888-867-5564**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**AARPMedicarePlans.com**

**AARP** | Medicare Rx  
from  UnitedHealthcare®

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones. Puede consultarla por Internet en [myAARPMedicare.com](https://myAARPMedicare.com), o puede llamar a Servicio al Cliente y recibir ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## Acerca de este plan

AARP® MedicareRx Preferred (PDP) es un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en AARP® MedicareRx Preferred (PDP), usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, o estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Nuestra área de servicio incluye **New Jersey**.

## Use farmacias de la red

AARP® MedicareRx Preferred (PDP) tiene una red de farmacias. Si utiliza farmacias fuera de la red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [AARPMedicarePlans.com](https://AARPMedicarePlans.com) para buscar una farmacia de la red mediante el Directorio en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

# AARP® MedicareRx Preferred (PDP)

## Primas y beneficios

	Costo Compartido
<b>Prima Mensual del Plan</b>	\$109.30
<b>Deducible Anual para Medicamentos con Receta</b>	Este plan no tiene un deducible.

## Medicamentos con receta

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia estándar minorista.

<b>Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D)</b>	Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible					
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)</b>	<b>Farmacia minorista</b>				<b>Farmacia de pedidos por correo</b>	
	<b>Preferida</b>		<b>Estándar</b>		<b>Preferida</b>	<b>Estándar</b>
	<b>Suministr o de 30 días</b>	<b>Suministr o de 90 días</b>	<b>Suministr o de 30 días</b>	<b>Suministr o de 90 días</b>	<b>Suministr o de 90 días</b>	<b>Suministr o de 90 días</b>
<b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b>	\$7 de copago	\$21 de copago	\$15 de copago	\$45 de copago	\$0 de copago	\$45 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos<sup>1</sup></b>	\$12 de copago	\$36 de copago	\$20 de copago	\$60 de copago	\$0 de copago	\$60 de copago
<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b>	\$47 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$141 de copago	\$126 de copago	\$141 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos <sup>2</sup>	\$35 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago
<b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</b>	40% de coseguro	40% de coseguro	45% de coseguro	45% de coseguro	40% de coseguro	45% de coseguro
<b>Nivel 5: De Especialidad</b>	33% de coseguro	N/C <sup>3</sup>	33% de coseguro	N/C <sup>3</sup>	N/C <sup>3</sup>	N/C <sup>3</sup>
<b>Etapa 3: Etapa Sin Cobertura</b>	Los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa Sin Cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, por los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, usted paga un 25% de coseguro, por los medicamentos genéricos, y un 25% de coseguro por los medicamentos de marca.					

**Etapas 4:  
Cobertura de  
Gastos Médicos  
Mayores**

Una vez que los gastos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos (incluso los medicamentos comprados en una farmacia minorista y en una farmacia de pedidos por correo) alcancen \$7,400, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes:

- 5% de coseguro, o
- \$4.15 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos.

**Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

**Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina** - Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

<sup>1</sup> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

<sup>2</sup> Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

<sup>3</sup> Limitado a un suministro de 30 días

## Información necesaria

Los planes son proporcionados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. Una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos con Receta. AARP y sus afiliadas no son aseguradoras. AARP no hace recomendaciones de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". Puede consultarlo en Internet en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o pedir 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.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-888-867-5575 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-888-867-5575 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Los beneficios y las características varían según el plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

El Formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

La red de farmacias de AARP® MedicareRx Preferred (PDP) incluye un número limitado de farmacias de costo más bajo en las zonas rurales de AK, MT, NE, ND, SD y WY. Hay un número extremadamente limitado de farmacias con costo compartido preferido en las zonas suburbanas de MT. Es posible que los costos más bajos de estas farmacias publicitados en los documentos de nuestro plan no estén disponibles en la farmacia que usted use. Para obtener la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias, incluso para saber si hay farmacias preferidas de costo más bajo en su área, llámenos o consulte el Directorio de Farmacias en Internet. La información de contacto aparece en la portada de esta guía.

OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711.

Los miembros pueden usar cualquier farmacia de la red, aunque tal vez no reciban los precios de las farmacias minoristas preferidas. Es posible que las farmacias de la Red de Farmacias Minoristas Preferidas no estén disponibles en todas las áreas.