

Costos de medicamentos con Ayuda adicional

	NIVELES	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
LIS 1 \$0 Prima mensual	1	<i>Pase a la Etapa 2</i>	\$0	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95	\$0
	2 - 5	<i>Pase a la Etapa 2</i>	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95	\$0
LIS 2 \$0 Prima mensual	1	<i>Pase a la Etapa 2</i>	\$0	GENÉRICO \$1.30 DE MARCA \$3.90	\$0
	2 - 5	<i>Pase a la Etapa 2</i>	GENÉRICO \$1.30 DE MARCA \$3.90	GENÉRICO \$1.30 DE MARCA \$3.90	\$0
LIS 3 \$0 Prima mensual	1 - 5	<i>Pase a la Etapa 2</i>	\$0	\$0	\$0
LIS 4 \$0 Prima mensual	1	<i>Pase a la Etapa 2</i>	\$0	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	2	<i>Pase a la Etapa 2</i>	Por menor \$10 o 15% Por correo \$20 o 15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	3	<i>Pase a la Etapa 2</i>	Por menor \$45 o 15% Por correo \$90 o 15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	4	<i>Pase a la Etapa 2</i>	Por menor \$95 o 15% Por correo \$285 o 15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	5	<i>Pase a la Etapa 2</i>	15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95

Nota: Los medicamentos del nivel 5 no están disponibles a través de pedido por correo. Los costos al por menor descritos son por un suministro de 30 días. Los costos de pedido por correo descritos son por un suministro de 90 días.

Conozca las etapas

El monto que usted pagará por medicamentos con receta depende de la etapa de cobertura en la que se encuentre. A continuación se muestra cómo funcionan las etapas.

Etapas 1 Etapa de deducible

Esta etapa no se aplica a Devoted Health Essentials Palm Beach HMO del 2020. Pase a la etapa 2 de inmediato.

Etapas 2 Etapa de cobertura inicial

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos en el 2020 alcancen los **\$4,020**. Esto incluye montos pagados por usted, su plan, la ayuda adicional y otros.

Etapas 3 Etapa de período sin cobertura (Donut hole)

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos de desembolso personal totales de sus medicamentos en el 2020 alcancen los **\$6,350**. Esto incluye montos pagados por usted, la ayuda adicional y otros (pero no por su plan).

Etapas 4 Etapa catastrófica

Una vez alcance esta etapa, usted paga los costos indicados por el resto del 2020.

Conozca sus costos

Las primas indicadas son para beneficios de medicamentos con receta y servicios médicos. Las primas indicadas no incluyen las primas de la Parte B que puede que tenga que pagar.

Los precios indicados en esta tabla son el máximo que usted pagará por medicamentos con receta. En algunos casos, pudiera pagar menos.

En ciertas etapas, puede que vea un porcentaje (como 15%) en vez de un monto en dólares. Esto significa que en esta etapa el costo de su medicamento variará según el precio del medicamento. Usted paga 15 centavos de cada dólar que cueste el medicamento. Así que, un medicamento de \$1 le costaría a usted \$0.15. Un medicamento de \$10 le costaría a usted \$1.50.

Si necesita más detalles sobre las etapas o los costos, llámenos al 1-800-990-0723 (TTY 711). O visite www.devoted.com y consulte la Evidencia de cobertura del plan que le interesa.

Costos de medicamentos con Ayuda adicional

	NIVELES	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
LIS 1 \$0 Prima mensual	1 - 2	Pase a la Etapa 2	\$0	\$0	\$0
	3 - 5	Pase a la Etapa 2	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95	\$0
LIS 2 \$0 Prima mensual	1 - 2	Pase a la Etapa 2	\$0	\$0	\$0
	3 - 5	Pase a la Etapa 2	GENÉRICO \$1.30 DE MARCA \$3.90	GENÉRICO \$1.30 DE MARCA \$3.90	\$0
LIS 3 \$0 Prima mensual	1 - 5	Pase a la Etapa 2	\$0	\$0	\$0
LIS 4 \$0 Prima mensual	1 - 2	Pase a la Etapa 2	\$0	\$0	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	3	Pase a la Etapa 2	Por menor \$20 o 15% Por correo \$40 o 15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	4	Pase a la Etapa 2	Por menor \$95 o 15% Por correo \$285 o 15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95
	5	Pase a la Etapa 2	15%	15%	GENÉRICO \$3.60 DE MARCA \$8.95

Nota: Los medicamentos del nivel 5 no están disponibles a través de pedido por correo. Los costos al por menor descritos son por un suministro de 30 días. Los costos de pedido por correo descritos son por un suministro de 90 días.

Conozca las etapas

El monto que usted pagará por medicamentos con receta depende de la etapa de cobertura en la que se encuentre. A continuación se muestra cómo funcionan las etapas.

Etapa 1 Etapa de deducible

Esta etapa no se aplica a Devoted Health Palm Beach HMO del 2020. Pase a la etapa 2 de inmediato.

Etapa 2 Etapa de cobertura inicial

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos en el 2020 alcancen los **\$4,020**. Esto incluye montos pagados por usted, su plan, la ayuda adicional y otros.

Etapa 3 Etapa de período sin cobertura (Donut hole)

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos de desembolso personal totales de sus medicamentos en el 2020 alcancen los **\$6,350**. Esto incluye montos pagados por usted, la ayuda adicional y otros (pero no por su plan).

Etapa 4 Etapa catastrófica

Una vez alcance esta etapa, usted paga los costos indicados por el resto del 2020.

Conozca sus costos

Las primas indicadas son para beneficios de medicamentos con receta y servicios médicos. Las primas indicadas no incluyen las primas de la Parte B que puede que tenga que pagar.

Los precios indicados en esta tabla son el máximo que usted pagará por medicamentos con receta. En algunos casos, pudiera pagar menos.

En ciertas etapas, puede que vea un porcentaje (como 15%) en vez de un monto en dólares. Esto significa que en esta etapa el costo de su medicamento variará según el precio del medicamento. Usted paga 15 centavos de cada dólar que cueste el medicamento. Así que, un medicamento de \$1 le costaría a usted \$0.15. Un medicamento de \$10 le costaría a usted \$1.50.

Si necesita más detalles sobre las etapas o los costos, llámenos al 1-800-990-0723 (TTY 711). O visite www.devoted.com y consulte la Evidencia de cobertura del plan que le interesa.

Costos de medicamentos con Ayuda adicional

	NIVELES	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3		Etapa 4	
LIS 1 \$0 Prima mensual	1 - 2	\$0		\$0		GENÉRICO \$3.60	DE MARCA \$8.95	\$0	
	3 - 5	GENÉRICO \$3.60	DE MARCA \$8.95	GENÉRICO \$3.60	DE MARCA \$8.95	GENÉRICO \$3.60	DE MARCA \$8.95	\$0	
LIS 2 \$0 Prima mensual	1 - 2	\$0		\$0		GENÉRICO \$1.30	DE MARCA \$3.90	\$0	
	3 - 5	GENÉRICO \$1.30	DE MARCA \$3.90	GENÉRICO \$1.30	DE MARCA \$3.90	GENÉRICO \$1.30	DE MARCA \$3.90	\$0	
LIS 3 \$0 Prima mensual	1 - 5	\$0		\$0		\$0		\$0	
LIS 4 Para detalles de prima mensual, ver cuadro a continuación	1 - 2	\$0		\$0		15%		GENÉRICO \$3.60	DE MARCA \$8.95
	3 - 5	Usted paga el primer \$89		15%		15%		GENÉRICO \$3.60	DE MARCA \$8.95

SUBSIDIO LIS	PRIMA MENSUAL
100%	\$0/mes
75%	\$7.10/mes
50%	\$14.30/mes
25%	\$21.40/mes
0%	\$28.50/mes

Nota: Los medicamentos del nivel 5 no están disponibles a través de pedido por correo. Los costos al por menor descritos son por un suministro de 30 días. Los costos de pedido por correo descritos son por un suministro de 90 días.

Conozca las etapas

El monto que usted pagará por medicamentos con receta depende de la etapa de cobertura en la que se encuentre. A continuación se muestra cómo funcionan las etapas.

Etapas 1 Etapa de deducible

Esta etapa se aplica solamente cuando usted tiene LIS 4. Todos los demás pasan a la Etapa 2. Con LIS 4 usted tiene un deducible de \$89 por medicamentos de Nivel 3-5. Una vez que usted paga \$89 de desembolso personal por esos medicamentos, pasa a la Etapa 2. Para los medicamentos de Nivel 1-2, pase a la Etapa 2 de inmediato.

Etapas 2 Etapa de cobertura inicial

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos en el 2020 alcancen los **\$4,020**. Esto incluye montos pagados por usted, su plan, la ayuda adicional y otros.

Etapas 3 Etapa de período sin cobertura (Donut hole)

Usted permanece en esta etapa hasta que los costos de desembolso personal totales de sus medicamentos en el 2020 alcancen los **\$6,350**. Esto incluye montos pagados por usted, la ayuda adicional y otros (pero no por su plan).

Etapas 4 Etapa catastrófica

Una vez alcance esta etapa, usted paga los costos indicados por el resto del 2020.

Conozca sus costos

Las primas indicadas son para beneficios de medicamentos con receta y servicios médicos. Las primas indicadas no incluyen las primas de la Parte B que puede que tenga que pagar.

Los precios indicados en esta tabla son el máximo que usted pagará por medicamentos con receta. En algunos casos, pudiera pagar menos.

En ciertas etapas, puede que vea un porcentaje (como 15%) en vez de un monto en dólares. Esto significa que en esta etapa el costo de su medicamento variará según el precio del medicamento. Usted paga 15 centavos de cada dólar que cueste el medicamento. Así que, un medicamento de \$1 le costaría a usted \$0.15. Un medicamento de \$10 le costaría a usted \$1.50.

Si necesita más detalles sobre las etapas o los costos, llámenos al 1-800-990-0723 (TTY 711). O visite www.devoted.com y consulte la Evidencia de cobertura del plan que le interesa.