



Resumen de *Beneficios*

Champion Connect Plan
(HMO-POS C-SNP) H6474-002

Para los condados de Carson City, Churchill, Clark y Washoe

Resumen de Beneficios 2026



Champion Health Plan

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Champion Health Plan es un plan (HMO-POS C-SNP) con contrato de Medicare. La inscripción en Champion Health Plan depende de la renovación del contrato.

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No detalla todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el folleto “Evidencia de cobertura” en championhmo.com.

Para unirse a **Champion Connect (HMO-POS C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener enfermedad renal crónica (ERC), incluidas aquellas personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT) (que estén recibiendo alguna modalidad de diálisis). Este plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que califican para Medicaid y no reciben atención de tipo institucional (atención a largo plazo). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City, Churchill, Clark y Washoe.

Al ser un plan de Punto de Servicio (POS), usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan, pero esto podría tener un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, ni Medicare ni Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) pagarán esos servicios. Asegúrese de que su proveedor participe en Medicare.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual “Medicare y usted”. Consulte por Internet en medicare.gov o reciba una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas y los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Este documento está disponible en otros formatos como Braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos gratis al 1-800-885-8000 del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., PST. También puede visitarnos en championhmo.com.

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|-------------------|---|---|--|
| Prima mensual | \$9.50 | \$9.50 | \$0 (con Ayuda Adicional) |
| Deducible | Sin deducible del plan Deducible de \$257 de la Parte B. (Este es el monto correspondiente a 2025. El Plan actualizará esto en su sitio web cuando se publique el monto correspondiente a 2026). | Sin deducible del plan Deducible de \$257 de la Parte B. (Este es el monto correspondiente a 2025. El Plan actualizará esto en su sitio web cuando se publique el monto correspondiente a 2026). | Sin deducible \$0 para el deducible de la Parte B |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|--|---|--|
| Desembolso máximo anual de bolsillo (MOOP) | \$9,250 | \$9,250 | \$0 |
| Internación hospitalaria | <p>\$1,676** Deducible por período de beneficio cubierto por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por los días 1 a 60</p> <p>Copago de \$419 por los días 61 a 90</p> <p>Copago de \$838 por cada día de reserva que puede usar a lo largo de su vida después del día 90 por cada período del beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p> <p>100% de todos los costos después de usar todos los días de reserva de por vida</p> <p>*Estos son montos de costos compartidos para 2025 y en 2026 pueden cambiar. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2026.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | No cubierto | <p>\$0</p> <p>†Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> |
| Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (ASC) | <p>20% del costo para servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>20% del costo para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria</p> <p>20% del costo para observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>20% del costo para servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Copago de \$0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria</p> <p>20% del costo para observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>†Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|--|--|---|
| Proveedores de atención primaria | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Especialistas | 20% del costo Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología. | 20% del costo Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología. | Copago de \$0 †Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. Podría requerirse autorización. |
| Servicios preventivos (exámenes cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital) Atención de emergencia en todo el mundo | Copago de \$115 No se cobra el copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado. | Copago de \$115 No se cobra el copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado. Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención urgente necesaria en todo el mundo. | Copago de \$0 †Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|--|---|
| <p>Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencias no hospitalario)</p> <p>Atención de urgencia necesaria en todo el mundo</p> | <p>Copago de \$0</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de emergencia en todo el mundo.</p> | <p>Copago de \$0</p> |
| <p>Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética y tomografía computarizada) • Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer) | <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías 20%[†] del costo para el resto de los servicios</p> <p>Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías 20%[†] del costo para el resto de los servicios</p> <p>Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías Copago de \$0 para el resto de los servicios [†]Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p> |
| <p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina y adaptación/evaluación de audífonos • Audífonos | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos cada año</p> <p>Copago de \$149 por cada audífono (todos los modelos); hasta (2) audífonos cada (3) años</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos cada año</p> <p>Copago de \$149 por cada audífono dentro de la red (todos los modelos); hasta 2 audífonos cada 3 años</p> |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|--|---|--|
| <p>Servicios dentales</p> | <p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura de beneficios anuales de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Los servicios dentales preventivos e integrales no tienen cobertura fuera de la red.</p> | <p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales</p> <p>Los servicios dentales preventivos e integrales combinados dentro de la red tienen un límite de cobertura de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Los servicios dentales integrales podrían requerir autorización y referencia.</p> |
| <p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista cubierto por Medicare • Marcos y lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare • Examen de la vista de rutina • Marcos y lentes | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos [lentes y marcos]) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina</p> <p>Asignación de \$500 para anteojos (lentes y marcos) y actualizaciones cada año.</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare(anteojos [lentes y marcos]) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina</p> <p>Asignación de \$500 para anteojos (lentes y marcos) y actualizaciones cada año.</p> |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|--|--|
| <p>Salud mental para pacientes hospitalizados</p> | <p>Deducible de \$1,676 por período de beneficio \$0 para los días 1 a 60 Copago de \$419 por los días 61 a 90 Copago de \$838 por cada día de reserva que puede usar a lo largo de su vida después del día 90 por cada período del beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida) 100% de todos los costos después de usar todos los días de reserva de por vida Estos son montos de costo compartido para 2025 y en 2026 pueden cambiar. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2026. Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>No cubierto</p> | <p>Copago de \$0 †Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red. Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> |
| <p>Servicios ambulatorios de salud mental (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)</p> | <p>Copago de \$0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Copago de \$0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Copago de \$0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> |
| <p>Centro de enfermería especializada</p> | <p>Copago de \$0 por los días 1 a 20 Copago de \$218 por los días 21 a 100 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>No cubierto</p> | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 100 †Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red. Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|---|--|
| Rehabilitación ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Terapia del habla • Terapia ocupacional | <p>20% del costo para servicios de fisioterapia y terapia del habla</p> <p>Copago de \$0 para servicios de terapia ocupacional</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>20% del costo para servicios de fisioterapia y terapia del habla</p> <p>Copago de \$0 para servicios de terapia ocupacional</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p> |
| Servicios de ambulancia | <p>20%[†] del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$125 para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p> | <p>20%[†] del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$125 para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>[†]Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p> |
| Transporte | <p>Copago de \$0</p> <p>36 viajes de ida a lugares aprobados por el plan</p> | <p>No cubierto</p> | <p>Copago de \$0</p> |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | <p>20%[†] del costo</p> <p>No paga más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días</p> | <p>20%[†] del costo</p> <p>No paga más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>[†]Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|------------------------------|---|---|---|
| Diálisis | Copago de \$0 | 20% [†] del costo Usted es elegible para un reembolso del 80% de la tarifa de Medicare hasta un máximo de \$25,000 al año por servicios de diálisis que reciba en México. | Copago de \$0 [†] Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. |
| Equipo médico duradero (EMD) | EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos 20% del costo para artículos de más de \$100 Los servicios podrían necesitar autorización. | EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos 20% del costo para artículos de más de \$100 Los servicios podrían necesitar autorización. | Copago de \$0 [†] Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. Los servicios podrían necesitar autorización. |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|---|--------------------|---|
| <p>Atención de personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT)</p> <p>Alimentos saludables / Artículos de venta libre / Beneficios para servicios públicos / Transporte para sesiones de diálisis</p> | <p>Asignación de \$511 cada (3) meses</p> <p>Los miembros elegibles tienen un copago de \$0 por una tarjeta de débito para usar en artículos de venta libre, alimentos y productos saludables y asistencia para pagar los costos de los servicios públicos. El saldo restante no se transfiere al trimestre siguiente. Los miembros elegibles también reciben hasta 132 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de \$0.67 por milla.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p> | <p>No cubierto</p> | <p>Asignación de \$511 cada (3) meses</p> <p>Los miembros elegibles tienen un copago de \$0 por una tarjeta de débito para usar en artículos de venta libre, alimentos y productos saludables y asistencia para pagar los costos de los servicios públicos. El saldo restante no se transfiere al trimestre siguiente. Los miembros elegibles también reciben hasta 132 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de \$0.67 por milla.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p> |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|---|--|
| Acupuntura • Servicio de acupuntura cubierto por Medicare | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Quiropráctica • Atención quiropráctica cubierta por Medicare | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare) | 20% [†] del costo [†] Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. | 20% [†] del costo [†] Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. | Copago de \$0 [†] Si tiene todos los beneficios de Medicaid, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. |
| Hospicio | Cubierto por Medicare Original | Cubierto por Medicare Original | Cubierto por Medicare Original |
| Servicio de relevo | Copago de \$0 Hasta 12 sesiones al año. | No cubierto | |
| Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) | Copago de \$0 | No cubierto | |
| Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit | Copago de \$0 por recibir hasta \$35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico | No cubierto | |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|--|--|----------------------------------|
| <p>Tecnologías de acceso remoto (incluye las tecnologías basadas en la web/el teléfono y la línea directa de enfermería)</p> | <p>Copago de \$0 Tiene acceso a un centro de llamadas de nefrología especializado, disponible las 24 horas y los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está creado para ayudar a los miembros con problemas relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ERT) que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, que podrían tener preguntas, inquietudes y dudas sobre otros recursos relacionados con la atención de diálisis para pacientes con ERT.</p> | <p>No cubierto</p> | |
| <p>Examen físico anual</p> | <p>Copago de \$0 por un (1) examen anual</p> | <p>Copago de \$0 por un (1) examen anual</p> | |
| <p>Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño</p> | <p>Copago de \$0 por brindar una silla para la ducha</p> | <p>No cubierto</p> | |
| <p>Educación para la salud</p> | <p>Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud</p> | <p>No cubierto</p> | |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red | | Su costo con el Programa de Ayuda Adicional (subsidio para hogares de bajos ingresos)* | |
|--|--|---|--|---|
| | Farmacia minorista participante | Pedido por correo | Farmacia minorista participante | Pedido por correo |
| Deducible de la Parte D | Deducible de \$615 (no aplica para los Niveles 1, 2 y 6) | | Copago de \$0 | |
| Cobertura inicial | Suministro para un máximo de 30 días | Suministro para 100 días | Suministro para un máximo de 30 días | Suministro para 100 días |
| Nivel 1: Medicamento genérico preferido | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 | |
| Nivel 2: Medicamento genérico | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 | |
| Nivel 3: Medicamento de marca preferido | 25% del costo | 25% del costo | Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$5.10 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.90 o \$12.65 | |
| Nivel 4: Medicamento de marca no preferido | 25% del costo | 25% del costo | Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$5.10 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.90 o \$12.65 | |
| Nivel 5: Nivel de especialidad | 25% del costo | No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5 | Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$5.10 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.90 o \$12.65 | No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5 |
| Nivel 6: Medicamentos de cuidado especializado | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 | |
| Cobertura catastrófica (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,100) | Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. | | | |

Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6474-002

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red | Su costo con Ayuda Adicional |
|---|--|--|
| Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina | No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los Niveles 1, 2, 3, 4 y 6, y no pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes en el Nivel 5, aunque no haya pagado su deducible. | Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$5.10 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.90 o \$12.65 |
| Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D por las que usted no debe pagar nada, aunque no haya pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. | |
| *Programa de Ayuda Adicional | Si tiene Medicaid, usted califica para el programa de Ayuda Adicional que ayuda a las personas con los costos compartidos de la Parte D, que incluyen los deducibles. Podría pagar \$0 por su prima de la Parte D, su deducible y no más que los montos del subsidio por bajos ingresos para todos sus medicamentos de la Parte D. | |