

Resumen de beneficios para el 2018

BlueMedicare Choice (Regional PPO) R3332-001

Estado de Florida



Florida Blue es un Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Y0011_33827S 0817 CMS Accepted

BlueMedicare Choice (Regional PPO)

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Este folleto ofrece un resumen de lo que cubre BlueMedicare Choice (Regional PPO). También explica lo que usted paga por los servicios y suministros cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con su agente local o llame a nuestro Departamento de Servicios para miembros. También puede ver la “Evidencia de Cobertura” para este plan en nuestro sitio web, www.BlueMedicareFL.com. La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que ofrecemos.

Cosas que debe saber sobre BlueMedicare Choice (Regional PPO)

Requisitos de elegibilidad

Para inscribirse, usted debe:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito en la Parte B de Medicare; y
- vivir dentro de nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio es todo el Estado de Florida.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Con un plan Regional PPO, puede usar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Por lo general, pagará menos dinero por sus servicios cubiertos si utiliza proveedores de nuestra red. Y puede estar tranquilo sabiendo que le cuidaremos tanto en casa como cuando esté fuera. Si necesita atención de emergencia, cuidado urgente o diálisis, pagará el costo compartido dentro de la red por los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

En la mayoría de situaciones, debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted puede ahorrar dinero usando una farmacia minorista **preferida** en lugar de una **estándar**. También puede usar nuestra farmacia de pedido por correo para que le entreguen su receta en el hogar.

Encuentre médicos, farmacias y nuestro formulario completo (lista de medicamentos cubiertos por la Parte D) en nuestro sitio web, www.BlueMedicareFL.com.

¿Qué cubrimos?

Nuestro plan incluye *todos* los beneficios cubiertos por Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, puede pagar menos.

Los miembros de nuestro plan también reciben *más de lo que cubre* Original Medicare. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D de Medicare. Además, cubrimos los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, como medicamentos para la quimioterapia y ciertos otros medicamentos que su médico le proporciona.

Horarios de atención:

Del 1 de octubre al 14 de febrero, estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana.

Del 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.

Números telefónicos y sitio web

Si actualmente es miembro de este plan, llame al 1-800-926-6565

Si actualmente no es miembro de este plan, llame al 1-855-601-9465

Los usuarios de TTY: Llame al 1-877-955-8773

Nuestro sitio de Internet: **www.BlueMedicareFL.com**

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted* (Medicare & You). Consúltelo en línea en **www.medicare.gov**, o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como por ejemplo Braille e impresión grande.

Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para miembros, 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, de lunes a viernes.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770.) Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m. local time, seven days a week from October 1 to February 14, except for Thanksgiving and Christmas. From February 15th to September 30th, we are open Monday - Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time.

Florida Blue es un Plan RPPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificaciones en caso de ser necesario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de BlueMedicare Regional PPO, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión acerca de si está cubierto un servicio fuera de la red, recomendamos que usted o su proveedor soliciten una determinación previa al servicio por parte de la organización antes de que reciba el servicio. Llame a nuestro número de Servicios para miembros o consulte su "Evidencia de Cobertura" para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$41.00. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$950 por año para servicios médicos fuera de la red. \$260 por año <i>por medicamentos recetados de la Parte D.</i>
Máxima responsabilidad de costos a su cargo	Su límite anual en este plan: <ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 en servicios de proveedores dentro de la red. • \$10,000 para servicios de proveedores combinados dentro y fuera de la red. <p>Si alcanza el límite de gastos a su cargo, pagaremos el costo total de los servicios y suministros médicos cubiertos durante el resto del año.</p> <p>Usted todavía tendrá que pagar su prima mensual del plan.</p> <p>Nota: <i>(Las cantidades que paga por los medicamentos de la Parte D y servicios de audición y de la vista que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare no cuentan para su máximo de costos a su cargo.)</i></p>
Cobertura para pacientes hospitalizados	<i>Se requiere Autorización previa para recibir atención que no sea de urgencia para pacientes hospitalizados.</i> <u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-5: \$295 de copago por día • después del día 5 No paga nada. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-27: \$495 de copago por día después del deducible anual fuera de la red de \$950 • Días 28-90: No paga nada.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coaseguro del 20% para cirugías • Hasta \$150 de copago para todo lo demás. Llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan para un costo compartido específico por servicios recibidos en un hospital como paciente ambulatorio <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • OON Deducible y 50% de coaseguro.
Visitas al consultorio	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por visita de atención primaria • \$45 de copago por visita al especialista <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Servicios preventivos	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada. <p><u>Fuera de la red</u> 50% de la cantidad permitida</p> <p>Los servicios preventivos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Visita anual de bienestar • Mediciones de masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer colorrectal • Asesoramiento para prevenir el uso del tabaco • Exámenes para la detección de la depresión • Evaluación para la detección de la diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Detección del glaucoma • Detección del virus de la hepatitis B • Vacuna y administración del virus de la hepatitis B • Detección del virus de la hepatitis C • Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana • Vacuna y administración del virus de la gripe • Examen físico preventivo inicial • Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares • Tratamiento conductual intensivo para la obesidad • Evaluación para la detección del cáncer de pulmón • Terapia nutricional médica • Vacuna neumocócica y administración • Detección de cáncer de próstata • Detección de cáncer de cuello uterino con prueba del virus del papiloma humano • Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) para prevenir las ETS • Mamografías de detección • Papanicolaou • Exámenes pélvicos de detección • Ecografía de detección para el aneurisma aórtico abdominal <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto por nuestro plan o por Original Medicare.

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Atención de emergencia	<p>Atención de emergencia cubierta por Medicare</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u> \$80 de copago por visita</p> <p>Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p> <p>Servicios adicionales de atención de emergencia</p> <p><u>Atención de emergencia a nivel mundial</u> \$125 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia. Si es inmediatamente admitido(a) al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia.</p>
Servicios de urgencia necesarios	<p>Servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago en un centro de atención de consultas sin cita previa • \$50 de copago en un centro de atención de urgencia <p>Servicios de urgencia necesarios adicionales</p> <p><u>Servicios de urgencia necesarios mundiales</u> \$125 de copago</p> <p>La cobertura de emergencia se proporciona a nivel mundial La cobertura de emergencia mundial no incluye el transporte de emergencia.</p>
Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Es cáner	<p><i>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada en un laboratorio clínico independiente. • \$40 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios <p><u>Fuera de la red</u> 50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.</p> <p>Radiografías</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago en un centro de pruebas diagnósticas independiente (IDTF, por sus siglas en inglés) • \$150 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios <p><u>Fuera de la red</u> 50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Es cáncer (continuación)	<p>Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (por ejemplo, Imagen de Resonancia Magnética [MRI], Tomografía por Emisión de Positrones [PET], Tomografía Computarizada [CT])</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago en consultorios de médicos especialistas • \$40 de copago en un IDTF • \$150 de copago en un establecimiento de cuidados ambulatorios <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.</p> <p>Terapia de radiación</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>20% del coaseguro</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.</p>
Servicios para la audición	<p>Servicios de audición cubiertos por Medicare (se requerirá un referido de su proveedor de atención primaria (PCP) para un examen de audición cubierto por Medicare)</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$45 de copago</p> <p><u>fuera de la Red</u></p> <p>50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p> <p>Servicios de audición de rutina dentro y fuera de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la audición de rutina: \$45 de copago. • Hasta 2 audífonos por año con un copago de \$699 o \$999 por audífono. • \$0 de copago para la evaluación o ajuste de audífonos.
Servicios dentales	<p><i>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</i></p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (atención dental no de rutina, como fracturas de la mandíbula o huesos faciales, cirugía de mandíbula, extracción de dientes para prepararse para tratamiento de terapia de radiación, servicios cubiertos cuando son proporcionados por un médico)</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$45 de copago</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Servicios para la vista	<p>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$45 de copago por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista • No paga nada por la prueba de detección de glaucoma (una vez al año para miembros con alto riesgo de glaucoma). • No paga nada por exámenes de retina diabética. • No paga nada por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p> <p>Servicios de la vista de rutina</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Examen de la vista de rutina anual: \$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>Examen de la vista de rutina anual: Hasta \$25 de reembolso por año</p>
Servicios de salud mental	<p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental de pacientes hospitalizados en un centro psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en un hospital general.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-5: \$318 de copago por día • Días 6-90: No paga nada. <p><u>Fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-27: \$495 de copago por día después del deducible anual fuera de la red de \$950 • Días 28-90: No paga nada. <p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$40 de copago</p> <p><u>fuera de la Red</u></p> <p>\$40 de copago después del deducible anual fuera de la red de \$950</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p><i>Se requiere Autorización Previa para estadías en un SNF.</i></p> <p>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un SNF por periodo de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-20: No paga nada. • Días 21-100: \$160 de copago por día <p><u>Fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-58: \$250 de copago por día después del deducible anual fuera de la red de \$950 • Días 59-100: No paga nada.
Fisioterapia	<p><i>Se requiere autorización previa para todos los servicios de terapia.</i></p> <p>Visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y de expresión y lenguaje</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$40 de copago</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p> <p>Se aplica un límite anual de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia física y de lenguaje para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$1,980 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. Este límite es para el 2017 y puede cambiar para el 2018.</p>
Ambulancia	<p><i>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$225 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>\$250 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p>
Transporte (de rutina)	Sin cobertura
Medicamentos de la parte B de Medicare	<p><i>Se necesitará una Autorización Previa para los medicamentos recetados de la parte B cubiertos por Medicare (excepto para inyecciones para alergias).</i></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 de copago por inyecciones antialérgicas • Coaseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.</p>

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)
Cuidados de los pies <i>(servicios de podiatría)</i>	Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. La atención de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <u>Dentro de la red</u> \$40 de copago <u>fuera de la Red</u> 50% del costo después del deducible anual fuera de la red de \$950
Equipos/Suministros médicos	<p><i>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicio para miembros.</i></p> <p>Equipos médicos duraderos <u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No paga nada por equipamiento excepto sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas. • 20% de coaseguro por sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas <p><u>Fuera de la red</u> 50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p> <p>Prótesis <u>Dentro de la red</u> 20% del coaseguro</p> <p><u>Fuera de la red</u> 50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p> <p>Suministros para diabéticos <u>Dentro de la red</u> No paga nada.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 50% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual fuera de la red de \$950</p>
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de fitness SilverSneakers® de Tivity Health. • Programa de prevención de la diabetes: Un programa basado en evidencia diseñado para retrasar o prevenir la progresión de los participantes a la diabetes tipo 2. <p><u>Dentro y fuera de la red</u> No paga nada por participar en un programa de fitness o un programa de prevención de la diabetes.</p>

Cirugía ambulatoria	<p><i>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia.</i></p> <p><u>Dentro de la red</u> \$120 de copago en un centro quirúrgico ambulatorio 20% de coaseguro en un establecimiento de cuidados ambulatorios</p> <p><u>Fuera de la Red</u> 50% de coaseguro de la cantidad permitida por Medicare después de alcanzar el deducible anual de \$950 por atención fuera de la red.</p>
----------------------------	--

Primas y beneficios	BlueMedicare Choice (Regional PPO)			
Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D				
<p>Etapa de deducible</p> <p>Usted comienza a estar en esta etapa de pago cuando obtiene su primer medicamento recetado del año.</p> <p>Durante esta Etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos.</p> <p>Usted se mantiene en esta etapa hasta que haya pagado \$260 por sus medicamentos (\$260 es la cantidad de su deducible).</p> <p>Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted se mantiene en esta etapa hasta que sus costos totales anuales de medicamentos (costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$3,750.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.</p>	<p>Costos compartidos para un suministro de un mes (hasta 31 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D</p>			
	Nivel	Minorista Estándar	De Venta al Público Preferidas	Orden por correo
	Nivel 1 (Genérico preferido)	\$13 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago
	Nivel 2 (Genérico)	\$20 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
	Nivel 5 (Nivel especializado)	28% del costo	28% del costo	28% del costo
	Nivel 6 (Nivel de atención exclusiva)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	<p>La información de costos compartidos que se indica arriba es para el suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D comprado en una farmacia minorista (estándar y preferida) y a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento. Llámenos o consulte el plan “Evidencia de Cobertura” en nuestro sitio web (www.BlueMedicareFL.com) si busca información completa de los costos de sus medicamentos cubiertos.</p>			
<p>Etapa de brecha en la cobertura</p>	<p>La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado y lo que usted haya pagado) alcancen los \$3,750.</p> <p>Durante la etapa de brecha en la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos) y Nivel 6 (medicamentos de atención exclusiva) o el 44% del costo, lo que sea menor; y • Para todos los demás medicamentos, paga el 35% del costo de los medicamentos con marca cubierta (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 44% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos. <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos a su cargo” del año a la fecha (sus pagos) alcanzan un total de \$5,000.</p>			

Etapas de Cobertura para eventos catastróficos	Después de que los costos a su cargo anuales por sus medicamentos alcancen los \$5,000, usted pagará la mayor de las siguientes cantidades: <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo, o• \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos
---	---