

Cigna-HealthSpring® Rx (PDP)

Planes de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2018 - 31 de diciembre de 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)

Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Los 50 estados y el Distrito de Columbia

Esta información sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera cada uno de los servicios, ni todas las limitaciones o exclusiones.

Para obtener una descripción completa de los beneficios, solicite el cuadernillo “Evidencia de cobertura” o búsquelo en línea en <http://www.Cigna.com/Part-D>.



Nuestros planes y recursos útiles

Ofrecemos dos planes de medicamentos con receta de Medicare para que pueda elegir el adecuado según sus necesidades médicas y su presupuesto.

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)

Este plan ofrece primas bajas y un deducible estándar. Es la opción adecuada para quienes reciben **Ayuda Adicional** o necesitan una protección básica para reducir el costo de sus medicamentos.

Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Este **plan con valor agregado** ofrece una prima baja y no tiene deducible. Es adecuado para quienes buscan un plan a buen precio con una amplia cobertura y la seguridad financiera adicional de tener cobertura durante la interrupción de cobertura para algunos medicamentos.



Horario de Servicio al Cliente

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 15 de febrero al 30 de septiembre.



Números de teléfono y sitio web

Si usted es afiliado, llame al número gratuito 1-800-222-6700 (TTY 711).
Si no es afiliado, llame al número gratuito 1-800-735-1459 (TTY 711).



Nuestro sitio web: <http://www.Cigna.com/Part-D>



Lista de medicamentos

Averigüe si nuestros planes cubren sus medicamentos o si tenemos alguna restricción consultando el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web <http://www.Cigna.com/Part-D>.

También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del formulario.



Directorio de farmacias

Averigüe si su farmacia forma parte de nuestra red de 64,000 farmacias y 32,000 farmacias de la red preferidas consultando nuestro Directorio de farmacias completo en nuestro sitio web en www.Cigna.com/medicare/part-d/pharmacy-options. También puede pedir que le enviemos un Directorio de farmacias por correo llamando a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 1. Introducción

Este cuadernillo incluye un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga por la cobertura de medicamentos con receta del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para consultar una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la “Evidencia de cobertura”, o búsquela en línea en <http://www.Cigna.com/Part-D>.

Usted tiene opciones para recibir sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare

Una opción es recibir la cobertura de medicamentos con receta a través de un Plan de medicamentos con receta de Medicare, como **Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)** o **Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)**.

Otra opción es recibir su cobertura de medicamentos con receta a través de un Plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos con receta de Medicare. A través de estos planes, usted recibe toda su cobertura de la Parte A y de la Parte B, y la cobertura de medicamentos con receta (Parte D).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

El Resumen de beneficios que le damos en este cuadernillo sintetiza lo que cubren **Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)** y **Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)**, y lo que usted tiene que pagar.

Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídales a los otros planes sus cuadernillos con el Resumen de beneficios. También puede usar el Localizador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente **“Medicare y usted”**. Puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para

Secciones de este cuadernillo

1. Introducción.....	1
2. Lo que debe saber sobre nuestros Planes de la Parte D de Medicare...	2
3. Los costos de su plan: Prima mensual, deducible, copagos y co-seguro	3
4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018.....	9

pedir una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711).

SECCIÓN 3. Los costos de su plan

Prima mensual y deducible

Lo que debe saber:

- Una prima es el pago mensual que usted realiza por su cobertura de medicamentos con receta.
- Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de su prima mensual de la Parte D de Medicare.
- Un deducible es la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo por sus medicamentos con receta antes de que comience la Cobertura inicial de su plan de la Parte D de Medicare. No todos los planes tienen un deducible.
- Durante la etapa del deducible, su costo en nuestras farmacias de la red reflejará las tarifas negociadas especiales de Cigna-HealthSpring.
- Por lo general, conseguirá el mejor precio en las farmacias de la red preferidas. En nuestro directorio de farmacias encontrará una lista de farmacias de la red preferidas de su área.

Sus costos	Cigna-HealthSpring Rx Secure Plan (PDP)	Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra Plan (PDP)
Prima mensual	\$23.70 - \$86.90 por mes. Consulte las Tablas de primas/costos compartidos por estado (a partir de la página 9) para encontrar su prima específica.	\$45.20 - \$65.60 por mes. Consulte las Tablas de primas/costos compartidos por estado (a partir de la página 9) para encontrar su prima específica.
Deducible anual	\$405 por año. Debe pagar este monto antes de que comience su Cobertura inicial.	Sin deducible. Su Cobertura inicial empieza el 1.º de enero.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para más información póngase en contacto con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/co-seguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

SECCIÓN 3. Los costos de su plan

ETAPA UNO DEL BENEFICIO:

Cobertura inicial – Farmacias minoristas

Lo que debe saber:

- Su copago o co-seguro se basa en el nivel de su medicamento, que puede encontrar en el formulario (lista de medicamentos) del plan en nuestro sitio web (Cigna.com/part-d). También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del formulario.
- Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red. Pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo, **más** la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.
- **Importante:** Si recibe Ayuda Adicional, estas etapas del beneficio no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

Lo que usted pagará

La Cobertura inicial empieza después de que usted alcanza su deducible (si su plan tiene un deducible). La siguiente tabla tiene rangos para los costos que varían según el estado. Consulte las Tablas de primas/costos compartidos por estado (a partir de la página 9) para encontrar los costos específicos de su área.

Farmacias minoristas				
	Farmacia de la red preferida		Farmacia de la red estándar	
	Plan Secure	Plan Secure-Extra	Plan Secure	Plan Secure-Extra
Agrupamos cada medicamento en uno de cinco niveles.	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0-\$2	\$4	\$5-\$7	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3-\$7	\$10	\$8-\$12	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30-\$35	\$42	\$35-\$40	\$47
	Co-seguro para 30/60/90 días	Co-seguro para 30/60/90 días	Co-seguro para 30/60/90 días	Co-seguro para 30/60/90 días
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	El 34%-46% del costo	El 50% del costo	El 34%-47% del costo	El 50% del costo
	Suministro para 30 días únicamente	Suministro para 30 días únicamente	Suministro para 30 días únicamente	Suministro para 30 días únicamente
Nivel 5: Nivel de especialidad	El 25% del costo	El 33% del costo	El 25% del costo	El 33% del costo

SECCIÓN 3. Los costos de su plan

ETAPA UNO DEL BENEFICIO:

Cobertura inicial – Farmacias de pedido por correo

Lo que debe saber:

- Su copago o co-seguro se basa en el nivel de su medicamento, que puede encontrar en el formulario (lista de medicamentos) del plan en nuestro sitio web (Cigna.com/part-d). También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del formulario.
- Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red. Pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo, **más** la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.
- **Importante:** Si recibe Ayuda Adicional, estas etapas del beneficio no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

Lo que usted pagará

La Cobertura inicial empieza después de que usted alcanza su deducible (si su plan tiene un deducible). La siguiente tabla tiene rangos para los costos que varían según el estado. Consulte las Tablas de primas/costos compartidos por estado (a partir de la página 9) para encontrar los costos específicos de su área.

Farmacias de pedido por correo

Agrupamos cada medicamento en uno de cinco niveles.	Farmacia de la red preferida		Farmacia de la red estándar	
	Plan Secure	Plan Secure-Extra	Plan Secure	Plan Secure-Extra
	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días	Copago para 30 días x 2 para 60 días x 3 para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0-\$2	\$4	\$5-\$7	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3-\$7	\$10	\$8-\$12	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30-\$35	\$42	\$35-\$40	\$47
	Co-seguro para 30/60/90 días	Co-seguro para 30/60/90 días	Co-seguro para 30/60/90 días	Co-seguro para 30/60/90 días
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	El 34%-46% del costo	El 50% del costo	El 34%-47% del costo	El 50% del costo
	Suministro para 30 días únicamente	Suministro para 30 días únicamente	Suministro para 30 días únicamente	Suministro para 30 días únicamente
Nivel 5: Nivel de especialidad	El 25% del costo	El 33% del costo	El 25% del costo	El 33% del costo

SECCIÓN 3. Los costos de su plan

ETAPA UNO DEL BENEFICIO:

Cobertura inicial – Cuidados a largo plazo

Lo que debe saber:

- Su copago o co-seguro se basa en el nivel de su medicamento, que puede encontrar en el formulario (lista de medicamentos) del plan en nuestro sitio web (Cigna.com/part-d). También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del formulario.
- Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red. Pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo, **más** la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.
- **Importante:** Si recibe Ayuda Adicional, estas etapas del beneficio no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

Lo que usted pagará

La Cobertura inicial empieza después de que usted alcanza su deducible (si su plan tiene un deducible). La siguiente tabla tiene rangos para los costos que varían según el estado. Consulte las Tablas de primas/costos compartidos por estado (a partir de la página 9) para encontrar los costos específicos de su área.

Agrupamos cada medicamento en uno de cinco niveles.	Instalación de cuidados a largo plazo	
	Plan Secure	Plan Secure-Extra
	Copago para 31 días	
<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad</p>	<p>Niveles 1 a 5: Si usted reside en una instalación de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que el copago para 30 días en una farmacia minorista estándar según el nivel del medicamento específico.</p>	

SECCIÓN 3. Los costos de su plan

ETAPA DOS DEL BENEFICIO:

Interrupción de cobertura (período sin cobertura o “donut hole”)

Lo que debe saber:

- La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción de cobertura.
- No todas las personas ingresan en la etapa de interrupción de cobertura.
- Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red. Pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo, **más** la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.
- **Importante:** Si recibe Ayuda Adicional, estas etapas del beneficio no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

Lo que usted pagará

La Interrupción de cobertura comienza después de la etapa de Cobertura inicial, una vez que los costos **totales** anuales de sus medicamentos (lo que ha pagado el plan y lo que usted ha pagado) alcanzan los \$3,750. Finaliza cuando sus costos alcanzan un total de \$5,000.

Agrupamos cada medicamento en uno de cinco niveles.	Farmacia de la red	
	Plan Secure	Plan Secure-Extra
	Usted pagará:	Usted pagará:
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Niveles 1 a 5: <ul style="list-style-type: none"> • El 35% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos • El 44% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos 	Nivel 1:* <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$4 por un suministro para 30 días en una farmacia de la red preferida • Copago de \$15 por un suministro para 30 días en una farmacia de la red estándar
Nivel 2: Medicamentos genéricos		Nivel 2:* <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por un suministro para 30 días en una farmacia de la red preferida • Copago de \$20 por un suministro para 30 días en una farmacia de la red estándar
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida		Niveles 3, 4 y 5: <ul style="list-style-type: none"> • El 35% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos • El 44% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		
Nivel 5: Nivel de especialidad		

*Consulte las páginas 4 y 5 para conocer los copagos para 60 y 90 días.

SECCIÓN 3. Los costos de su plan

ETAPA TRES DEL BENEFICIO:

Cobertura de gastos excedentes

Lo que debe saber:

- El plan paga la mayor parte del costo de un medicamento cubierto en esta etapa. Usted paga una pequeña suma, generalmente no más del 5% del costo.
- No todas las personas alcanzan la etapa de cobertura de gastos excedentes.
- Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red. Pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo, **más** la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.
- **Importante:** Si recibe Ayuda Adicional, estas etapas del beneficio no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

Lo que usted pagará

La Cobertura de gastos excedentes entra en vigor **después de la etapa de Interrupción de cobertura** (período sin cobertura o “donut hole”) cuando los costos de desembolso anuales de sus medicamentos alcanzan los \$5,000. Usted permanecerá en esta etapa de pago de medicamentos hasta el final del año calendario.

Agrupamos cada medicamento en uno de cinco niveles.	Farmacia de la red	
	Plan Secure	Plan Secure-Extra
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Niveles 1 a 5: Usted paga el monto que sea mayor entre: <ul style="list-style-type: none">• el 5% del costo, o• un copago de \$3.35 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.35 por todos los demás medicamentos.	
Nivel 2: Medicamentos genéricos		
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida		
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		
Nivel 5: Nivel de especialidad		

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

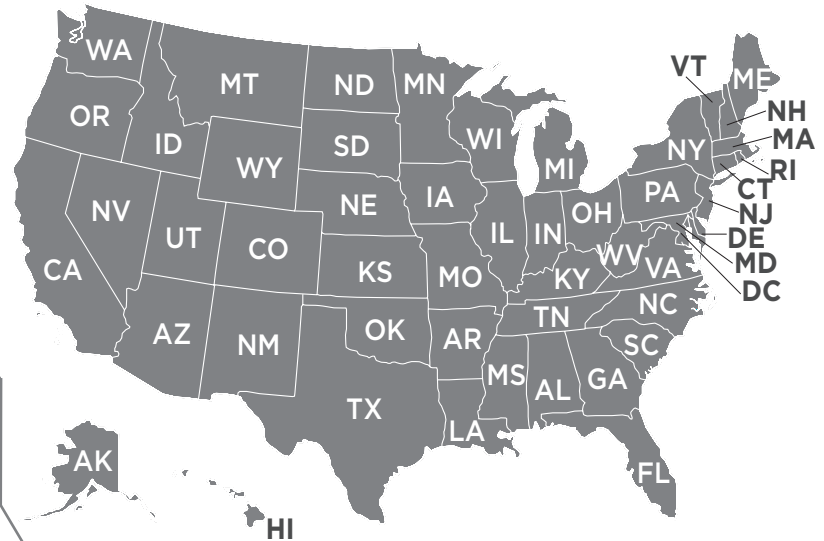
SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.



Ejemplo:

Alabama		Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
	Prima mensual	Deducible anual	
Secure:	\$54.50	\$405	Secure
Secure-Extra:	\$53.20	\$0	Secure-Extra
			30/60/90
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos		\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12
Nivel 2: Medicamentos genéricos		\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida		\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad		25% (30 días)	33% (30 días)

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Alabama	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$54.50	\$405				
Secure-Extra:	\$53.20	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Alaska	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$29.50	\$405				
Secure-Extra:	\$65.60	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Arizona	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$31.40	\$405				
Secure-Extra:	\$53.00	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			40%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
39%	50%	39%	50%	39%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60	\$11	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60	\$11	\$20
\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141	\$39	\$47
40%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Arkansas	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
			30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90
Secure:	\$41.10	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

California	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
			30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90
Secure:	\$86.90	\$405				
Secure-Extra:	\$64.50	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Colorado	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
			30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90
Secure:	\$57.00	\$405				
Secure-Extra:	\$57.00	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141	\$39	\$47
38%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141	\$39	\$47
39%	50%	39%	50%	39%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Connecticut		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$58.30	\$405				
Secure-Extra:	\$55.40	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			34%	50%	34%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Delaware		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$29.90	\$405				
Secure-Extra:	\$52.90	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			40%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Distrito de Columbia		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$29.90	\$405				
Secure-Extra:	\$52.90	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			40%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
34%	50%	34%	50%	34%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60	\$11	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60	\$11	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Florida	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$76.30	\$405				
Secure-Extra:	\$56.70	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$3/\$6/\$9	\$10/\$20/\$30	\$8/\$16/\$24	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Georgia	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$63.80	\$405				
Secure-Extra:	\$56.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$32/\$64/\$96	\$42/\$84/\$126	\$37/\$74/\$111	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Hawaii	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$42.50	\$405				
Secure-Extra:	\$45.20	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$7/\$14/\$21	\$10/\$20/\$30	\$12/\$24/\$36	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			46%	50%	46%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$3/\$6/\$9	\$10/\$20/\$30	\$8/\$16/\$24	\$20/\$40/\$60	\$8	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$32/\$64/\$96	\$42/\$84/\$126	\$37/\$74/\$111	\$47/\$94/\$141	\$37	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$7/\$14/\$21	\$10/\$20/\$30	\$12/\$24/\$36	\$20/\$40/\$60	\$12	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
46%	50%	46%	50%	46%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Idaho	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$37.30	\$405				
Secure-Extra:	\$48.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			40%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Illinois	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$25.10	\$405				
Secure-Extra:	\$53.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Indiana	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$30.60	\$405				
Secure-Extra:	\$55.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
40%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60	\$11	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Iowa	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$57.90	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Kansas	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$56.60	\$405				
Secure-Extra:	\$47.90	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Kentucky	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$30.60	\$405				
Secure-Extra:	\$55.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141	\$39	\$47
39%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Louisiana		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$47.20	\$405				
		\$55.20	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				39%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Maine		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$30.10	\$405				
		\$53.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				40%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Maryland		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$29.90	\$405				
		\$52.90	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				40%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
39%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$6/\$12/\$18	\$10/\$20/\$30	\$11/\$22/\$33	\$20/\$40/\$60	\$11	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Massachusetts	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$58.30	\$405				
Secure-Extra:	\$55.40	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			34%	50%	34%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Michigan	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$31.70	\$405				
Secure-Extra:	\$47.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Minnesota	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$57.90	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
34%	50%	34%	50%	34%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Mississippi	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$41.00	\$405				
Secure-Extra:	\$50.50	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			41%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Missouri	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$67.30	\$405				
Secure-Extra:	\$58.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Montana	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$57.90	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
41%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
38%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Nebraska		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$57.90	\$405				
		\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Nevada		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$55.00	\$405				
		\$55.20	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				39%	50%	39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

New Hampshire		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$30.10	\$405				
		\$53.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				40%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
39%	50%	39%	50%	39%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

New Jersey		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$74.80	\$405				
Secure-Extra:	\$52.90	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			37%	50%	37%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

New Mexico		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$34.70	\$405				
Secure-Extra:	\$47.60	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			44%	50%	47%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

New York		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$39.00	\$405				
Secure-Extra:	\$62.00	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$7/\$14/\$21	\$10/\$20/\$30	\$12/\$24/\$36	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			41%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
37%	50%	37%	50%	37%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
44%	50%	47%	50%	47%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$7/\$14/\$21	\$10/\$20/\$30	\$12/\$24/\$36	\$20/\$40/\$60	\$12	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
41%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

North Carolina		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$57.30	\$405				
Secure-Extra:	\$53.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			42%	50%	44%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

North Dakota		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$57.90	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Ohio		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$50.90	\$405				
Secure-Extra:	\$52.90	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
42%	50%	44%	50%	44%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
38%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Oklahoma		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$27.20	\$405				
		\$52.00	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				38%	50%	39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Oregon		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$28.70	\$405				
		\$49.40	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				40%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Pennsylvania		Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Secure:	Secure-Extra:			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
		\$37.70	\$405				
		\$55.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos				\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida				\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos				39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad				25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
38%	50%	39%	50%	39%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Rhode Island		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$58.30	\$405				
Secure-Extra:	\$55.40	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			34%	50%	34%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

South Carolina		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$55.70	\$405				
Secure-Extra:	\$56.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			42%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

South Dakota		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$57.90	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
34%	50%	34%	50%	34%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
42%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Tennessee	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$54.50	\$405				
Secure-Extra:	\$53.20	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Texas	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$23.70	\$405				
Secure-Extra:	\$54.60	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$7/\$14/\$21	\$10/\$20/\$30	\$12/\$24/\$36	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			41%	50%	41%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Utah	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$37.30	\$405				
Secure-Extra:	\$48.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			40%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
39%	50%	39%	50%	39%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$2/\$4/\$6	\$4/\$8/\$12	\$7/\$14/\$21	\$15/\$30/\$45	\$7	\$15
\$7/\$14/\$21	\$10/\$20/\$30	\$12/\$24/\$36	\$20/\$40/\$60	\$12	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
41%	50%	41%	50%	41%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
40%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Vermont	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$58.30	\$405				
Secure-Extra:	\$55.40	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			34%	50%	34%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Virginia	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$58.10	\$405				
Secure-Extra:	\$55.50	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	39%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Washington	Prima mensual	Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
			Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
Secure:	\$28.70	\$405				
Secure-Extra:	\$49.40	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			40%	50%	42%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$0/\$0/\$0	\$4/\$8/\$12	\$5/\$10/\$15	\$15/\$30/\$45	\$5	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$30/\$60/\$90	\$42/\$84/\$126	\$35/\$70/\$105	\$47/\$94/\$141	\$35	\$47
34%	50%	34%	50%	34%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
38%	50%	39%	50%	39%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
40%	50%	42%	50%	42%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Cigna-HealthSpring Rx para conocer los detalles.

SECCIÓN 4. Tablas de primas/costos compartidos por estado para 2018

Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)
Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

West Virginia		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$37.70	\$405				
Secure-Extra:	\$55.10	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Wisconsin		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$38.80	\$405				
Secure-Extra:	\$57.00	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			39%	50%	40%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Wyoming		Deducible anual	Opción preferida de costo compartido minorista - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido minorista - 30/60/90 días	
Prima mensual	Secure		Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	
Secure:	\$57.90	\$405				
Secure-Extra:	\$51.30	\$0				
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45
Nivel 2: Medicamentos genéricos			\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida			\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos			38%	50%	38%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad			25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)

Instrucciones para usar las Tablas de primas/costos compartidos:

Use esta comparación de costos en paralelo para determinar qué plan se ajusta a su presupuesto.

1. Ubique la tabla correspondiente a su estado de residencia. Busque la prima y el deducible.
2. En la fila superior, elija el tipo de farmacia que use (minorista o de pedido por correo, preferida o estándar).
3. Mire hacia abajo para establecer una referencia cruzada entre su tipo de farmacia y el nivel del medicamento apropiado para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$35/\$70/\$105	\$42/\$84/\$126	\$40/\$80/\$120	\$47/\$94/\$141	\$40	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$34/\$68/\$102	\$42/\$84/\$126	\$39/\$78/\$117	\$47/\$94/\$141	\$39	\$47
39%	50%	40%	50%	40%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Opción preferida de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Opción estándar de costo compartido de pedido por correo - 30/60/90 días		Cuidados a largo plazo - 31 días Fuera de la red - 30 días	
Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra	Secure	Secure-Extra
30/60/90	30/60/90	30/60/90	30/60/90		
\$1/\$2/\$3	\$4/\$8/\$12	\$6/\$12/\$18	\$15/\$30/\$45	\$6	\$15
\$5/\$10/\$15	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$30	\$20/\$40/\$60	\$10	\$20
\$33/\$66/\$99	\$42/\$84/\$126	\$38/\$76/\$114	\$47/\$94/\$141	\$38	\$47
38%	50%	38%	50%	38%	50%
25% (30 días)	33% (30 días)	25% (30 días)	33% (30 días)	25%	33%

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-222-6700** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-222-6700** (TTY 711).

Chinese – 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-222-6700** (TTY 711)。

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-222-6700** (TTY 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-222-6700** (TTY 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-222-6700** (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-222-6700** (TTY 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-222-6700** (ATS 711).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-222-6700** (TTY 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-222-6700** (телетайп 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-222-6700** (TTY 711).

Farsi/Persian – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-222-6700** (TTY: 711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-222-6700** (TTY 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-222-6700** (TTY 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-222-6700** (TTY 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-222-6700** (TTY 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, kojí' hódíílnih **1-800-222-6700** (TTY 711).

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમેગુજરાતી બોલતા હો તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-222-6700** (TTY 711).

Urdu توجه دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں تو آپ کے لئے زبان معاون خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-222-6700** (TTY 711)

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna-HealthSpring Rx cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna-HealthSpring Rx no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna-HealthSpring Rx:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Customer Service, al 1-800-222-6700 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 15 de feb. al 30 de sept.

Si considera que Cigna-HealthSpring Rx no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna-HealthSpring Rx - Grievance
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927
Teléfono: 1-800-222-6700 (TTY 711), Fax: 1-800-735-1469

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Customer Service está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 am - 8 pm, 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 a.m.- 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un plan de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare con un contrato con Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de los contratos.

830978SP g 09/17 © 2017 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

INT_17_49135S 09302016