








# Medicare Plan Finder



*Updates for October 2016*

*Jay Dobbs  
Office of Communications  
Web and New Media Group*

# MTM Updates

Overview	Health Plan Benefits	Drug Costs & Coverage	Star Ratings	Manage Drugs			
<b>Test Plan 1 (HMO)</b>  (H1609-009) Plan Type: HMO <b>Organization:</b> Test Plan 1  <b>Members:</b> 1-866-901-4692 711(TTY/TDD) <b>Non Members:</b> 1-855-338-9551 711(TTY/TDD)  <b>Coverage:</b> Provides health and drug coverage   <a href="#">Enroll</a>	<b>Test Plan 2 (PDP)</b>  (S0522-042) Plan Type: PDP <b>Organization:</b> Test Plan 2  <b>Members:</b> 1-888-867-5575 711(TTY/TDD) <b>Non Members:</b> 1-855-283-2958 711(TTY/TDD)  <b>Coverage:</b> Provides drug coverage only. <b>NOTE:</b> Health Plan Benefits are based on Original Medicare   <a href="#">Enroll</a>	<b>Test Plan 3 (PDP)</b>  This plan got Medicare's highest rating (5 stars)  (S5743-001) Plan Type: PDP <b>Organization:</b> Test Plan 3  <b>Members:</b> 1-888-832-0075 711(TTY/TDD) <b>Non Members:</b> 1-866-434-2037 711(TTY/TDD)  <b>Coverage:</b> Provides drug coverage only. <b>NOTE:</b> Health Plan Benefits are based on Original Medicare  <a href="#">Enroll</a>					
<div>  <b>Overview of Medication Therapy Management (MTM)</b> </div> <p>Plans with Medicare prescription drug coverage must offer additional Medication Therapy Management (MTM) services to members who meet certain requirements. Members who qualify for can get these MTM services to help them understand how to manage their medications and use them safely.</p> <p>The MTM services offered may vary in some plans. MTM services are free and usually include a discussion with a pharmacist or health care provider to review your medications. The pharmacist or health care provider may talk with you about:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• How well your medications are working</li> <li>• Whether your medications have side effects</li> <li>• If there might be interactions between the drugs you are taking</li> <li>• Whether your costs can be lowered</li> <li>• Other problems you are having</li> </ul>							
<div>  <b>General Requirements to be Eligible for MTM Services</b> </div> <p>To qualify for MTM services, members must meet certain requirements, which vary for each plan. You can see information about the requirements under "Requirements to Qualify for the Plan's MTM Services."</p> <p><b>NOTE: These are the requirements to qualify for the MTM services. They are not requirements to join the Medicare plan itself. Even if you don't qualify for MTM services, you may still be eligible to enroll in the plan.</b></p>							
<div>  <b>Requirements to Qualify for the Plan's MTM Services</b> </div>							
<div>  <b>To Find out If You Qualify for the Plan's MTM Services</b> </div> <table border="1"> <tr> <td>Call the plan at the number above, or <a href="#">View the Plan's MTM Website</a></td> <td>Call the plan at the number above, or <a href="#">View the Plan's MTM Website</a></td> <td>Call the plan at the number above.</td> </tr> </table>					Call the plan at the number above, or <a href="#">View the Plan's MTM Website</a>	Call the plan at the number above, or <a href="#">View the Plan's MTM Website</a>	Call the plan at the number above.
Call the plan at the number above, or <a href="#">View the Plan's MTM Website</a>	Call the plan at the number above, or <a href="#">View the Plan's MTM Website</a>	Call the plan at the number above.					

# MTM Updates (Continued)

## Requirements to Qualify for the Plan's MTM Services



Test Plan 1 (HMO)	Test Plan 2 (PDP)	Test Plan 3 (PDP)
<b>REQUIREMENT 1: Your Health Conditions:</b>  You must have at least <b>3</b> of the following chronic health conditions: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma</li> <li>• Cardiovascular Disorders</li> <li>• Chronic Heart Failure (CHF)</li> <li>• Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)</li> <li>• Depression</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Osteoporosis</li> </ul>	<b>REQUIREMENT 1: Your Health Conditions:</b>  You must have at least <b>3</b> of the following chronic health conditions: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronic Heart Failure (CHF)</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Dyslipidemia</li> <li>• Hypertension</li> <li>• Rheumatoid Arthritis</li> </ul>	This plan offers other types of MTM services. You can contact the plan directly to find out more about the plan's MTM services and the requirements to receive these services.
<b>REQUIREMENT 2: Number of Medications You Take:</b>  You must take at least <b>8</b> covered prescription drugs.  Other rules may apply.	<b>REQUIREMENT 2: Number of Medications You Take:</b>  You must take at least <b>8</b> covered prescription drugs.  Other rules may apply.	
<b>REQUIREMENT 3: Costs for Your Covered Prescription Drugs:</b>  The total costs for your covered prescription drugs must be at least <b>\$3919.00</b> each year.  The total drug cost includes <i>both</i> the amount the plan pays for your drugs <i>and</i> the amount you pay out-of-pocket.	<b>REQUIREMENT 3: Costs for Your Covered Prescription Drugs:</b>  The total costs for your covered prescription drugs must be at least <b>\$3919.00</b> each year.  The total drug cost includes <i>both</i> the amount the plan pays for your drugs <i>and</i> the amount you pay out-of-pocket.	


## To Find out If You Qualify for the Plan's MTM Services

Call the plan at the number above, or <b>View the Plan's MTM Website</b> <a href="#">↗</a>	Call the plan at the number above, or <b>View the Plan's MTM Website</b> <a href="#">↗</a>	Call the plan at the number above.
---	---	------------------------------------



# MTM Updates (Spanish)


Test Plan 1 (HMO)	Test Plan 2 (PDP)	Test Plan 3 (PDP)
(H1609-009) Tipo de Plan: Plan de Salud Administrado <b>Organización:</b> Test Plan 1	(S0522-042) Tipo de Plan: PDP <b>Organización:</b> Test Plan 2	(S5743-001) Tipo de Plan: PDP <b>Organización:</b> Test Plan 3
<b>Miembros:</b> 1-866-901-4692 711(TTY/TDD) <b>No Miembros:</b> 1-855-338-9551 711(TTY/TDD)	<b>Miembros:</b> 1-888-867-5575 711(TTY/TDD) <b>No Miembros:</b> 1-855-283-2958 711(TTY/TDD)	<b>Miembros:</b> 1-888-832-0075 711(TTY/TDD) <b>No Miembros:</b> 1-866-434-2037 711(TTY/TDD)
<b>Cobertura:</b> Ofrece cobertura de salud y de medicamentos	<b>Cobertura:</b> Solamente ofrece cobertura de medicamentos. <b>AVISO:</b> Los beneficios del plan de salud están basados en el Medicare Original	<b>Cobertura:</b> Solamente ofrece cobertura de medicamentos. <b>AVISO:</b> Los beneficios del plan de salud están basados en el Medicare Original
 <a href="#">Inscribirse</a>	 <a href="#">Inscribirse</a>	<a href="#">Inscribirse</a>

 **Información sobre los programas de Manejo de la Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés)**

Los planes de Medicare con cobertura de medicamentos recetados deben ofrecer un Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) a miembros que cumplen con ciertos requisitos. Los miembros que califican, podrían recibir estos servicios de MTM que les ayudan a entender sus medicamentos y a usarlos de una manera segura.


Los servicios de MTM varían de acuerdo al plan. Los servicios MTM son gratuitos y usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de salud para revisar los medicamentos. Un farmacéutico o proveedor de salud puede hablar con usted acerca de:


- Cuán bien están funcionando sus medicamentos
- Si sus medicamentos tienen efectos secundarios
- Si hay interacciones entre sus medicamentos
- Si sus costos se pueden reducir
- Si usted tiene otros problemas

 **Requisitos generales para calificar en los Programas de MTM**

Para calificar en un programa de MTM de un plan de Medicare, los miembros deben cumplir ciertos requisitos los cuales varían para cada plan. Usted puede ver información acerca de los requisitos en la sección "Requisitos para calificar en el programa MTM de un plan."

**Nota:** Estos **NO** son los requisitos para inscribirse a un plan de Medicare, son los requisitos para un programa MTM de un plan de Medicare.

 **Requisitos para calificar en el Programa de MTM de su plan de Medicare**

 **Para averiguar si usted califica para un programa de MTM de un plan de Medicare**

Llame al plan al número de teléfono que aparece arriba o <a href="#">visite el sitio web del programa MTM del plan</a>	Llame al plan al número de teléfono que aparece arriba o <a href="#">visite el sitio web del programa MTM del plan</a>	Llame al plan al número de teléfono que aparece arriba
--	--	--

# MTM Updates (Spanish Continued)

## Requisitos para calificar en el Programa de MTM de su plan de Medicare

Test Plan 1 (HMO)	Test Plan 2 (PDP)	Test Plan 3 (PDP)
<p><b>Primer requisito: Su estado de salud:</b></p> <p>Debe tener por lo menos <b>3</b> de los siguientes problemas de salud crónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Problemas cardiovasculares</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li> <li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</li> <li>• Depresión</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Osteoporosis</li> </ul>	<p><b>Primer requisito: Su estado de salud:</b></p> <p>Debe tener por lo menos <b>3</b> de los siguientes problemas de salud crónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Artritis reumatoide</li> </ul>	<p>Este plan ofrece otros tipos de servicios de MTM que podrían ser diferentes a lo que ofrecen otros planes de Medicare. Usted puede contactar al plan directamente para averiguar acerca de los servicios de MTM y de los requisitos para recibir estos servicios.</p>
<p><b>Segundo requisito: Número de medicamentos que toma:</b></p> <p>Debe de tomar por lo menos <b>8</b> medicamentos recetados cubiertos.</p> <p>Otras reglas se pueden aplicar</p>	<p><b>Segundo requisito: Número de medicamentos que toma:</b></p> <p>Debe de tomar por lo menos <b>8</b> medicamentos recetados cubiertos.</p> <p>Otras reglas se pueden aplicar</p>	
<p><b>Tercer requisito: Costos de los Medicamentos recetados cubiertos:</b></p> <p>Costos totales de los Medicamentos recetados deben de ser al menos <b>\$3919.00</b> al año.</p> <p>Los costos de sus medicamentos incluyen la cantidad que el plan pague por los medicamentos y la cantidad que usted paga de su bolsillo.</p>	<p><b>Tercer requisito: Costos de los Medicamentos recetados cubiertos:</b></p> <p>Costos totales de los Medicamentos recetados deben de ser al menos <b>\$3919.00</b> al año.</p> <p>Los costos de sus medicamentos incluyen la cantidad que el plan pague por los medicamentos y la cantidad que usted paga de su bolsillo.</p>	

## Para averiguar si usted califica para un programa de MTM de un plan de Medicare

Llame al plan al número de teléfono que aparece arriba o [visite el sitio web del programa MTM del plan](#)

Llame al plan al número de teléfono que aparece arriba o [visite el sitio web del programa MTM del plan](#)

Llame al plan al número de teléfono que aparece arriba

# Removal of View More Detailed Cost & Benefit Information Link (2017 Plans)

Costs and Other Important Information		2016 Plan Example
<a href="#">View More Detailed Cost &amp; Benefit Information</a>		
Monthly Health Plan Premium	Not Applicable	
Monthly Drug Plan Premium	\$35.10	
Health Plan Deductible	\$166	
Other Health Plan Deductibles?	Yes	
Maximum Out-of-Pocket Enrollee Responsibility (does not include prescription drugs) [?]	Not Applicable	
Prescription Drugs Covered?	Prescription Drugs are covered by the prescription drug plan.	
Choice of Doctors?	Any Willing Doctor	
Optional Supplemental Benefits?	No	
<a href="#">Benefits</a>		
<a href="#">View More Detailed Cost &amp; Benefit Information</a>		
Ambulance	20%	
Doctor's office visits	Primary Physician 20% per visit  Specialist 20% per visit	
Durable medical equipment (wheelchairs, oxygen, etc.)	20% per item	
Emergency care	20%	
Home health care	You pay nothing	
Mental health care	In 2016 the amounts for each benefit period are: \$1,288 deductible for days 1 through 60 \$322 copay per day for days 61 through 90	

# Removal of View More Detailed Cost & Benefit Information Link (2017 Plans)

## Costs and Other Important Information

**2017 Link Removed**

<b>Monthly Health Plan Premium</b>	Not Applicable
<b>Monthly Drug Plan Premium</b>	\$35.10
<b>Health Plan Deductible</b>	Coming soon
<b>Other Health Plan Deductibles?</b>	Yes
<b>Maximum Out-of-Pocket Enrollee Responsibility (does not include prescription drugs) [?]</b>	Not Applicable
<b>Prescription Drugs Covered?</b>	Prescription Drugs are covered by the prescription drug plan.
<b>Choice of Doctors?</b>	Any Willing Doctor
<b>Optional Supplemental Benefits?</b>	No

## Benefits

<b>Ambulance</b>	20%
<b>Doctor's office visits</b>	Primary Physician 20% per visit  Specialist 20% per visit
<b>Durable medical equipment (wheelchairs, oxygen, etc.)</b>	20% per item
<b>Emergency care</b>	20%
<b>Home health care</b>	You pay nothing
<b>Mental health care</b>	Coming soon
<b>Renal dialysis</b>	20% per visit
<b>Inpatient hospital care</b>	Coming soon



# Sanctioned Plans Visible to All Users

Original Medicare

Original Medicare (H0001-001-0)

Includes Part A (Hospital Insurance) and/or Part B (Medical Insurance) - Excludes Part D Drug Coverage

Estimated Annual Drug Costs: [?]	Monthly Premium: [?]	Deductibles: [?] and Drug Copay [?] / Coinsurance: [?]	Health Benefits: [?]	Drug Coverage [?] , Drug Restrictions [?]	Estimated Annual Health and Drug Costs: [?]	Overall Star Rating: [?]
<b>Retail</b> Annual: \$3,114  <b>Mail Order</b> Annual: N/A	Standard Part B: \$104.90	Part B Deductible: \$166	Doctor Choice: Any Willing Doctor  Out of Pocket Spending Limit: Not Applicable  N	N/A	\$6,470	Not Available

Prescription Drug Plans

Star Ratings

22 plans were found in 50001 based on your search criteria. View 10 [View 20](#) [View All](#)

Compare Plans

Sort Results By Lowest Estimated Annual Retail Drug Cost

Sort

Test Plan 1 (PDP) (S5617-200-0)

Organization: Test Plan 1

Estimated Annual Drug Costs: [?]	Monthly Premium: [?]	Deductibles: [?] and Drug Copay [?] / Coinsurance: [?]	Drug Coverage [?] , Drug Restrictions [?] and Other Programs:	Overall Star Rating: [?]	
<b>Retail</b>  Pharmacy Status: Out-of-network  Annual: Information Not Available  <b>Mail Order</b> Annual: N/A	Information Not Available	Annual Drug Deductible: Information Not Available  Drug Copay/ Coinsurance: Information Not Available	All Your Drugs on Formulary: Information Not Available  Drug Restrictions: Information Not Available  MTM Program [?] : Yes  N	Information not available	Sanctioned Plan



# Sanctioned Plan Information Popup



The Official U.S. Government Site for Medicare

*Sanctioned Plan Information*

This plan isn't allowed to enroll new members because of serious violations to Medicare rules. Until Cigna fixes the problems, people with Medicare may not enroll into this plan. [Read this notice for more information \[PDF\]](#)

[Close window](#)

[Print](#)

[Close window](#)

[Back to Top](#)

# Sanctioned Plans Details (Star Ratings)

OverviewHealth Plan BenefitsDrug Costs & CoverageStar RatingsManage Drugs

**Test Plan 1 (PDP)**  
(S5617-267-0)

Organization: Test Plan 1

Plan Type: PDP

N

P O Box 269005  
Weston, FL 33326

**Members:**  
1-800-222-6700  
711 (TTY/TDD)

**Non Members:**  
1-800-735-1459  
711 (TTY/TDD)

**Overall Star Rating: [?]**  
Information Not Available

Sanctioned Plan

**NOTE: Health Plan Benefits are based on Original Medicare**

Information on quality can help you compare Medicare plans. Higher quality means better care and value. Looking at this plan's star rating tells you how well the plan performs overall and in different categories. Medicare measures how well health and prescription drug plans perform.

[Learn More About Star Ratings](#)

[View Star Details](#)[Hide All Measures](#)[View Previous Year Overall Rating](#)

**Star Ratings**

★★★★★Excellent

★★★★Above Average

★★★Average

★★Below Average

★Poor

**Overall Star Rating [?]**

Information not available

# Sanctioned Plans Visible to All (Spanish)

**Original Medicare (H0001-001-0)**  
 Incluye la Parte A (seguro de hospital) y/o la Parte B (seguro médico) - No incluye la Parte D de Medicamentos

Costos anuales aproximados por medicamentos [?]	Prima mensual: [?]	Deducibles: [?] y Copago por medicamento [?] / Coseguro: [?]	Beneficios de salud [?]	Cobertura de medicamentos: [?] y Restricciones de medicamentos: [?]	Estimado de los costos de salud y medicamentos anuales: [?]	Calificación general de estrellas: [?]
<b>Farmacia de ventas minoristas</b> Anual: \$3,114  <b>Pedidos de medicamentos por correo</b> Anual: N/A	Parte B estándar: \$104.90	Deducible de la Parte B: \$166	Opciones de médicos: Cualquier doctor que este disponible y acepte el plan  Límite de gastos directos de su bolsillo: No se aplica  	No aplicable	\$6,470	No está disponible

- **Planes Medicare de Medicamentos Recetados**

Calificaciones de estrellas

Se han encontrado **22** planes para el código postal **50001** que responden a su criterio de búsqueda.  
 Ver 10 [Ver 20](#) [Ver todos](#)

Comparar los planes

Buscar resultados por
 

Costos anuales aproximados más bajo por medicamentos de ventas minoristas

Buscar

**Test Plan 1 (PDP) (\$5617-270-0)**  
 Organización: Test Plan 1

Costos anuales aproximados por medicamentos [?]	Prima mensual: [?]	Deducibles: [?] y Copago por medicamento [?] / Coseguro: [?]	Cobertura de medicamentos: [?] y Restricciones de medicamentos: [?] y Otros Programas:	Calificación general de estrellas: [?]	
<b>Farmacia de ventas minoristas</b>  Estatus farmacéutico: Fuera de la red  Anual: Información No Disponible  <b>Pedidos de medicamentos por correo</b> Anual: N/A	Información No Disponible	Deducible anual por medicamentos: Información No Disponible  y Copago por medicamento / Coseguro: Información No Disponible	Todos sus medicamentos del formulario: Información No Disponible  Restricciones de medicamentos: Información No Disponible  <b>Programa MTM [?] : Sí</b>  	Información no disponible	<div>Plan Sancionado</div>

# Sanctioned Plan Details (Spanish)

Visión general	Beneficios del plan	Costos de medicamentos y cobertura	Calificaciones de estrellas	Administrar Medicamentos										
<b>Test Plan 1 (PDP)</b> (S5617-267-0)  <b>Organización:</b> Test Plan 1 <b>Tipo de plan:</b> PDP 	P O Box 269005 Weston, FL 33326  <b>Miembros:</b> 1-800-222-6700 711 (TTY/TDD)  <b>No miembros:</b> 1-800-735-1459 711 (TTY/TDD)	<b>Calificación general de estrellas:</b> [?] Information Not Available	<b>Plan Sancionado</b>											
<b>AVISO: Los beneficios del plan de salud están basados en el Medicare Original</b>														
<p>La información sobre la calidad puede ayudarle a comparar los planes. Cuanto más alta la calidad significa un mejor cuidado y costo. Al ver la calificación de estrella que ha recibido el plan, usted podrá evaluar el trabajo y los servicios de distintas categorías. Medicare calcula el servicio de los planes de salud y de medicamentos. Consiga más información sobre las calificaciones por estrellas <a href="#">Infórmese Más Sobre La Calificación de Estrellas</a></p> <p><a href="#">Ver los detalles sobre las Estrellas</a>    <a href="#">Ocultar todas las medidas</a>    <a href="#">Vea la calificación general del año anterior</a></p>			<b>Calificaciones de estrellas</b> <table><tbody><tr><td>★★★★★</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>★★★★</td><td>Por encima del promedio</td></tr><tr><td>★★★</td><td>Promedio</td></tr><tr><td>★★</td><td>Por debajo del promedio</td></tr><tr><td>★</td><td>Malo</td></tr></tbody></table>		★★★★★	Excelente	★★★★	Por encima del promedio	★★★	Promedio	★★	Por debajo del promedio	★	Malo
★★★★★	Excelente													
★★★★	Por encima del promedio													
★★★	Promedio													
★★	Por debajo del promedio													
★	Malo													
Calificación general de estrellas [?]														
Información no disponible														



# Important Dates

- AEP begins October 15
- AEP ends December 7

# Questions

