

| Sus Medicamentos  | Nombre de Plan A:  |                    |                                 |                    |                       |
|---|--------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Escriba el nombre de cada medicamento y la potencia de su dosis<br>(usualmente en mg o mcg) | Cubierto?          | Límites            | Tipo de límite*                 | Extras             | Costo mensual         |
|   | <i>Círcule uno</i> | <i>Círcule uno</i> | <i>Círcule los que apliquen</i> | <i>Círcule uno</i> | <i>corespondiente</i> |
| 1.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 2.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 3.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 4.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 5.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 6.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 7.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 8.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 9.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| <b>Prima del plan</b>   | \$                 | ---                | ---                             | ---                | ---                   |
| <b>Plan deducible</b>   | \$                 | ---                | ---                             | ---                | ---                   |
| <b>Estimado costo anual del plan (prima+deducible+su costo corespondiente)</b>              | \$                 | ---                | ---                             | ---                | ---                   |

| Sus Medicamentos  | Nombre de Plan D:  |                    |                                 |                    |                       |
|---|--------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Escriba el nombre de cada medicamento y la potencia de su dosis<br>(usualmente en mg o mcg) | Cubierto?          | Límites            | Tipo de límite*                 | Extras             | Costo mensual         |
|   | <i>Círcule uno</i> | <i>Círcule uno</i> | <i>Círcule los que apliquen</i> | <i>Círcule uno</i> | <i>corespondiente</i> |
| 1.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 2.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 3.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 4.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 5.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 6.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 7.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 8.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| 9.  | Si/No              | Si/No              | PA QL ST                        | Si/No              | \$                    |
| <b>Prima del plan</b>   | \$                 | ---                | ---                             | ---                | ---                   |
| <b>Plan deducible</b>   | \$                 | ---                | ---                             | ---                | ---                   |
| <b>Estimado costo anual del plan (prima+deducible+su costo corespondiente)</b>              | \$                 | ---                | ---                             | ---                | ---                   |

| Farmacias participantes  | Plan A | Plan B |
|--------------------------|--------|--------|
| 1. Su farmacia preferida | Si/No  | Si/No  |
| 2                        | Si/No  | Si/No  |
| 3                        | Si/No  | Si/No  |
| 4                        | Si/No  | Si/No  |