

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que usted entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos (Formulario), los directorios de Proveedores y Farmacias y la Evidencia de Cobertura en [myPreferredCare.com](https://myPreferredCare.com).



**¿Consultó la Lista de Medicamentos en Internet para confirmar que sus medicamentos con receta estén cubiertos?**



**¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?**  
Si sus proveedores no están en la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.



**¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que la farmacia que usted usa esté en la red?**

Si su farmacia no está en la red, usted tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



**¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para saber cuánto tendrá que pagar por servicios médicos y medicamentos con receta?**

Si desea más información, la Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan.



**Usted cumple los requisitos para inscribirse en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:**



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios de Medicaid del estado



Vive en el área de servicio del plan