



## VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)

### 領取 Medicare 額外補助以幫助支付其處方藥費的人士的月繳保費

如果您從 Medicare 處領取額外補助以幫助支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，您的月繳計劃保費將低於您不領取 Medicare 額外補助情況下的保費。您領取的額外補助金額將取決於您作為計劃會員的月繳計劃總保費。

此表說明了您在領取額外補助情況下的月繳計劃保費。

您的額外補助等級	保費：VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*
100%	\$0.00
75%	\$10.60
50%	\$21.20
25%	\$31.70

\*此費用不包含任何您必須支付的 Medicare B 部分保費。

VNSNY CHOICE Medicare 的保費包含醫療服務和處方藥保險的承保。

如果您未領取額外補助，您可以查詢您是否符合資格，請致電：

- 1-800-Medicare，聽障人士可致電 1-877-486-2048（全天候服務）
- 您的州 Medicaid 辦公室，或
- 社會保險局，電話：1-800-772-1213。聽障人士可致電 1-800-325-0778，服務時間為週一至週五，早上 7 點至晚上 7 點。

如果您有任何疑問，請撥打免費電話 1-866-783-1444（聽障人士可致電 711）聯絡會員服務部，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（東部標準時間）。