VNSNY CHOICE Medicare

Prima mensual del plan para personas que reciben Ayuda Adicional de parte de Medicare para ayudarlos a pagar los costos de sus medicamentos con receta médica

Si usted recibe ayuda adicional de parte de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de sus medicamentos con receta médica, la prima mensual del plan será menor que la prima que usted debería pagar si no obtuviera ayuda adicional de parte de Medicare. El monto de ayuda adicional que usted reciba determinará el monto de la prima mensual de su plan como afiliado a nuestro Plan.

Esta tabla muestra cuál será la prima mensual de su plan si obtiene ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima para VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*	Prima para VNSNY CHOICE EasyCare Plus (HMO D-SNP)*	Prima para VNSNY CHOICE EasyCare (HMO)*
100 %	$0.00	$0.00	$0.00
75 %	$10.60	$10.60	$6.20
50 %	$21.20	$21.20	$12.50
25 %	$31.80	$31.80	$18.70

*Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted pueda tener que pagar.

La prima del plan VNSNY CHOICE Medicare incluye cobertura tanto para los servicios de salud como para los medicamentos con receta médica.

Si usted no está recibiendo ayuda adicional, puede ver si califica llamando al:

- 1-800-Medicare (los usuarios de TTY deberían llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Su Oficina Estatal de Medicaid, o
- La Administración de la Seguridad Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deberían llamar al **1-800-325-0778**, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, llame al equipo de atención de CHOICE al **1-866-783-1444**, (TTY: **711**) los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este.