



**Plan Medicare de
Healthfirst**

Prima Mensual del Plan para aquellas Personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para Pagar por sus Costos de Medicamentos Recetados

Si usted recibe ayuda adicional de Medicare para pagar por sus costos del plan de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual del plan será inferior a lo que sería sin la Ayuda Adicional de Medicare. La cantidad de ayuda adicional que recibe determinará su prima mensual total del plan como miembro de nuestro plan.

Esta tabla le muestra cuál será su prima mensual del plan si usted recibe ayuda adicional.

Su nivel de Ayuda Adicional	Prima mensual para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst*	Prima mensual para el plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst*	Prima mensual para el Plan 65 Plus (HMO) de Healthfirst*
100%	\$0.00	\$0.00	\$0.00
75%	\$0.00	\$0.00	\$0.00
50%	\$0.00	\$0.00	\$0.00
25%	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Su nivel de Ayuda Adicional	Prima mensual para el Plan de Beneficios Adicionales (HMO) de Healthfirst*
100%	\$0.00
75%	\$10.60
50%	\$21.20
25%	\$31.70

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

La prima del Plan Medicare de Healthfirst incluye la cobertura de servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados.

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

- **1-800-MEDICARE** (TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- A su Oficina Estatal de Medicaid, o
- La Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778), de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Si tiene cualquier pregunta, por favor, llame a Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010**.

(TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de octubre a marzo), y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de abril a septiembre).

H3359_ENR21_16 1089-20_C



Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura.

El Estado de Nueva York ha creado un programa de defensoría (ombudsman) para participantes llamado la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para proporcionar a participantes/miembros asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio ofrecido por Healthfirst Health Plan, Inc. Puede llamar gratuitamente a ICAN al número 1-844-614-8800 o contactarla en línea en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para llamar al 844-614-8800).

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted tiene que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-852-3821).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-305-0408（TTY 1-888-542-3821）。

© 2020 HF Management Services, LLC

1089-20_SP