

Elderplan
Prima mensual del plan para personas que reciben ayuda adicional
de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta

Si usted recibe ayuda adicional de Medicare destinada a afrontar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, la prima mensual de su plan será menor de lo que sería si no la recibiera.

Si recibe ayuda adicional, su prima mensual del plan será \$0 para cualquiera de los planes que figuran a continuación. (Esto no incluye las primas de la Parte B de Medicare que tal vez le corresponda pagar.)

Planes de salud	100% de ayuda adicional: subsidio de la prima	Su nivel de ayuda adicional: copagos para LIS 1	Su nivel de ayuda adicional: copagos para LIS 2	Su nivel de ayuda adicional: copagos para LIS 3
Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) Prima mensual* para H3347-002	\$0	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$5.10 De marca \$12.65	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$1.60 De marca \$4.90	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$0.00 De marca \$0.00
Elderplan Beneficios para Residentes de Hogares de Enfermería (HMO-POS I-SNP) Prima mensual* para H3347-003	\$0	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$5.10 De marca \$12.65	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$1.60 De marca \$4.90	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$0.00 De marca \$0.00
Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) Prima mensual* para H3347-007	\$0	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$5.10 De marca \$12.65	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$1.60 De marca \$4.90	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$0.00 De marca \$0.00



Planes de salud	100% de ayuda adicional: subsidio de la prima	Su nivel de ayuda adicional: copagos para LIS 1	Su nivel de ayuda adicional: copagos para LIS 2	Su nivel de ayuda adicional: copagos para LIS 3
Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) Prima mensual* para H3347-009	\$0	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$5.10 De marca \$12.65	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$1.60 De marca \$4.90	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$0.00 De marca \$0.00
Elderplan Flexible (HMO-POS) Prima mensual* para H3347-016	\$0	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$5.10 De marca \$12.65	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$1.60 De marca \$4.90	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$0.00 De marca \$0.00
Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/ IE-SNP) Prima mensual* para H3347-018	\$0	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$5.10 De marca \$12.65	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$1.60 De marca \$4.90	Deducible \$0 Medicamentos genéricos \$0.00 De marca \$0.00

La prima de Elderplan incluye cobertura para servicios médicos y cobertura para medicamentos con receta.

Si usted no está recibiendo ayuda adicional, puede consultar si reúne los requisitos llamando a los siguientes lugares:

- 1-800-Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana).
- La Oficina de Medicaid de su estado.
- La Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213.
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros de Elderplan al 1-800-353-3765, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar del este, los 7 días de la semana o visite www.elderplan.org.