



EmblemHealth Medicare HMO y PDP Prima mensual del plan para las personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar sus costos de medicamentos de receta

Si usted recibe ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de receta de Medicare, su prima mensual del plan será más bajo de lo que sería si no recibiera ayuda adicional de Medicare. El importe de la ayuda adicional que reciba determinará su prima mensual total del plan como miembro de nuestro Plan.

Este cuadro le muestra lo que será su prima mensual del plan si recibe ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para VIP Gold (HMO) (021-001) – condados de Bronx, Kings, New York y Queens*	Prima mensual para VIP Gold (HMO) (021-002) – condados de Richmond y Nassau*	Prima mensual para VIP Gold (HMO) (021-003) – condado de Suffolk*	Prima mensual para VIP Gold (HMO) (021-004) – condados de Hudson Valley ^{2*}	Prima mensual para VIP Essential (HMO) (032-001) – condados de Bronx, Kings, New York y Queens *	Prima mensual para VIP Essential (HMO) (032-002) – condados de Richmond y Nassau*	Prima mensual para VIP Essential (HMO) (032 -003) – condado de Suffolk*	Prima mensual para VIP Essential (HMO) (032 -004) – condados de Hudson Valley ^{2*}
100%	\$58.40	\$85.90	\$233.40	\$205.40	\$0.00	\$18.80	\$90.80	\$31.80
75%	\$67.60	\$95.10	\$242.60	\$214.60	\$0.00	\$27.80	\$99.80	\$40.80
50%	\$76.70	\$104.20	\$251.70	\$223.70	\$0.00	\$36.90	\$108.90	\$49.90
25%	\$85.90	\$113.40	\$260.90	\$232.90	\$0.00	\$45.90	\$117.90	\$58.90
Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para VIP Gold Plus (HMO) (038-000) – condados de NYC, ¹ Long Island ³ y Hudson Valley ^{2*}	Prima mensual para VIP Value (HMO) (036-000) – condados de New York, Queens, Richmond, Long Island ³ y Hudson Valley ^{2*}	Prima mensual para VIP Dual (HMO D-SNP) (042-001) – condados de Bronx, Kings, New York y Queens*	Prima mensual para VIP Dual (HMO D-SNP) (042-002) – condado de Suffolk*	Prima mensual para VIP Dual (HMO D-SNP) (042-003) – condados de Hudson Valley, ² Richmond y Nassau*	Prima mensual para VIP Rx Saver (HMO) (039-001) – condados de Bronx y Hudson Valley *	Prima mensual para VIP Rx Saver (HMO) (039-002) – condados de Capital Region ^{4*}	Prima mensual para VIP Part B Saver (HMO) (040-000) – condados de NYC, ¹ Hudson Valley, ² Long Island ³ y Capital Region ^{4*}
100%	\$264.40	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$12.40	\$0.00	\$0.00
75%	\$273.60	\$0.00	\$9.20	\$9.20	\$9.20	\$21.60	\$0.00	\$0.00
50%	\$282.70	\$0.00	\$18.30	\$18.30	\$18.30	\$30.70	\$0.00	\$0.00
25%	\$291.90	\$0.00	\$27.50	\$27.50	\$27.50	\$39.90	\$0.00	\$0.00

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para VIP Go (HMO-POS) (041-001) – condados de NYC, Nassau, Hudson Valley ² and Capital Region ⁴ *	Prima mensual para VIP Go (HMO-POS) (041-002) – condado de Suffolk*	Prima mensual para VIP Passport (HMO) (003-000) – condados de Nassau, Orange, Rockland y Westchester*	Prima mensual para VIP Passport NYC (HMO) (006-000) – condados de NYC ¹ *	Prima mensual para VIP Dual Select (HMO D-SNP) (001-000) – condados de NYC, ¹ Long Island, Orange, Rockland y Westchester*	Prima mensual para VIP Solutions (HMO D-SNP) (002-000) – condados de NYC, ¹ Long Island, ³ Orange, Rockland y Westchester*	Prima mensual para VIP Rx (PDP) (003-000) – Todos los condados de NY*	Prima mensual para Rx Plus (PDP) (004-000) – Todos los condados de NY**
100%	\$34.40	\$106.40	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$4.40	\$31.60
75%	\$43.60	\$115.60	\$8.00	\$8.00	\$9.20	\$9.20	\$13.60	\$40.80
50%	\$52.70	\$124.70	\$16.00	\$16.00	\$18.30	\$18.30	\$22.70	\$49.90
25%	\$61.90	\$133.90	\$24.00	\$24.00	\$27.50	\$27.50	\$31.90	\$59.10

¹ New York, Kings, Queens, Bronx y Richmond.

² Dutchess, Orange, Rockland, Putnam, Sullivan, Ulster y Westchester.

³ Nassau y Suffolk.

⁴ Albany, Broome, Columbia, Delaware, Greene, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Warren y Washington.

* Esto no incluye cualquier prima de Medicare Parte B que usted tenga que pagar.

Las primas de EmblemHealth Medicare HMO incluyen la cobertura de servicios médicos y cobertura de medicamentos de receta.

Si no está recibiendo ayuda adicional podrá averiguar si califica, llamando a:

- **1-800-MEDICARE.** Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048** (las 24 horas del día, los siete días de la semana),
- La Oficina de Medicaid de su Estado, o
- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-325-0778** entre 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, sírvase llamar a Servicio al Cliente al **877-344-7364** (TTY: **711**) entre 8 a.m. a 8 p.m., los siete días a la semana.