



Prima mensual del plan para personas que reciben ayuda adicional de Medicare para el pago de los costos de sus medicamentos de receta

Si recibe ayuda adicional de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos de receta de Medicare, la prima mensual de su plan será menor que la prima que pagaría si no recibiera ayuda adicional de Medicare.

El monto de la ayuda adicional que usted recibe determinará el total de la prima mensual del plan como miembro de nuestro plan, tal como se indica en la siguiente tabla. Estas primas incluyen tanto la cobertura para los servicios médicos como la cobertura de medicamentos de receta. No incluyen ninguna prima de la Parte B de Medicare, ni ninguna prima que usted tendrá que pagar si elige el plan dental opcional. **Además, los montos de las primas varían en función del condado de Connecticut en el que usted vive.**

Si vive en el condado de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual del plan Flex 3 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Flex 2 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Flex 1 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Choice 1 (HMO)*
100 %	\$9.80	\$83.80	\$200.80	\$149.80
75 %	\$18.80	\$92.80	\$209.80	\$158.80
50 %	\$27.90	\$101.90	\$218.90	\$167.90
25 %	\$36.90	\$110.90	\$227.90	\$176.90

Si vive en el condado de New Haven, New London o Windham

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual del plan Flex 3 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Flex 2 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Flex 1 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Choice 1 (HMO)*
100 %	\$29.80	\$103.80	\$200.80	\$135.80
75 %	\$38.80	\$112.80	\$209.80	\$144.80
50 %	\$47.90	\$121.90	\$218.90	\$153.90
25 %	\$56.90	\$130.90	\$227.90	\$162.90

Si vive en el condado de Fairfield

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual del plan Flex 3 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Flex 2 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Flex 1 (HMO-POS)*	Prima mensual del plan Choice 1 (HMO)*
100 %	\$29.80	ESTE PLAN NO SE OFRECE EN EL CONDADO DE FAIRFIELD	\$200.80	ESTE PLAN NO SE OFRECE EN EL CONDADO DE FAIRFIELD
75 %	\$38.80		\$209.80	
50 %	\$47.90		\$218.90	
25 %	\$56.90		\$227.90	

*No incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted debería pagar, ni ninguna prima si compra el plan dental opcional. Si tiene alguna duda, llámenos al número de teléfono que figura a continuación. La prima de ConnectiCare incluye tanto la cobertura para los servicios médicos como la cobertura de medicamentos de receta.

Muchas personas son elegibles para este programa de ahorros y no lo saben.

Si no recibe ayuda adicional, puede ver si reúne los requisitos llamando:

- al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana);
- a la oficina de Medicaid de su estado; o
- a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para los Miembros al 1-800-224-2273, (TTY: 1-800-842-9710) los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este).

Los planes aquí descritos son ofrecidos por ConnectiCare, Inc. ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios y las primas pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Las primas mencionadas anteriormente no incluyen ninguna prima que usted debería pagar por su plan dental opcional. ConnectiCare, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710). ©2018 ConnectiCare, Inc. and Affiliates.