

Tabla de resumen de las primas mensuales del modelo LIS de la Parte D para 2020 para las personas que reciben Ayuda Adicional

Health Net of California, Inc./Health Net Gold Select (HMO)
Prima mensual del plan para personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica

Si usted recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta de Medicare, su prima mensual del plan será menor de lo que sería si no recibiera Ayuda adicional de Medicare. El monto de Ayuda adicional que recibe determinará su prima mensual del plan total como afiliado de nuestro plan.

Esta tabla le muestra cuál sería su prima mensual del plan si recibiera Ayuda adicional.

Su nivel de Ayuda adicional	Prima mensual para Health Net Gold Select (HMO)*
100%	\$0
75%	\$0
50%	\$0
25%	\$0

*Esto no incluye ninguna prima mensual de Medicare Parte B que es posible que deba pagar.

La prima mensual de Health Net Gold Select (HMO) incluye cobertura de servicios médicos y de medicamentos que requieren receta médica.

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

- al 1-800-Medicare; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas, 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 lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados al 1-800-275-4737 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados.

ALL_19_8963LTR_C_08232018
H0562_101-001