

## Longevity Health Plan (HMO I-SNP)

### **Prima mensual del plan para las personas que reciben ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados.**

Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual del plan será inferior a la que recibiría si no recibiera ayuda adicional de Medicare. La cantidad de ayuda adicional que reciba determinará su prima mensual total del plan como miembro de nuestro Plan.

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

<b>Tu nivel de ayuda adicional</b>	<b>Prima Mensual para Longevity Health Plan of Illinois</b>
100%	\$0.00
75%	\$6.50
50%	\$13.00
25%	\$19.50

\* Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que deba pagar.

La prima de Longevity Health Plan of Illinois incluye cobertura tanto para servicios médicos como para medicamentos recetados.

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

- 1-800-Medicare para usuarios de TTY / TDD, llame al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana),
- La oficina estatal de Medicaid, o
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY / TDD deben llamar 1-800-325-0778 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de Lunes a Viernes.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el servicio de atención al cliente de Longevity Health Plan of Illinois al 1-888-886-7337 (TTY 711).

Longevity Health Plan of Illinois, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-885-7337 (TTY 711). 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 1-888-885-7337 (TTY 711)。