



Fecha de vigencia: *sábado, 1 de enero de 2022*

**CHRISTUS HEALTH PLAN**

**Prima del plan mensual para personas que reciben ayuda adicional de Medicare para pagar sus costos de medicamentos con receta**

Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, su prima del plan mensual será menor de lo que sería si no recibiera ayuda de Medicare. La cantidad de ayuda adicional que recibe determinará la prima de su plan mensual total como miembro de nuestro Plan.

Esta tabla le muestra cuál será la prima de su plan mensual si obtiene ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para H1189 PBP 003*	Prima mensual para H1189 PBP 004*
100%	\$0.00	\$0.00
75%	\$0.00	\$5.00
50%	\$0.00	\$10.00
25%	\$0.00	\$15.00

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

La prima de CHRISTUS Health Plan incluye cobertura para servicios médicos y medicamentos con receta.

Si no obtiene ayuda adicional, puede saber si califica al llamar a:

- 1-800-Medicare, los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (24 horas del día, los siete días de la semana).
- Su Oficina Estatal de Medicaid o a
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 entre 7:00 a. m. y 7:00 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, comuníquese con Servicios al Miembro de CHRISTUS Health Plan llamando al 1-844-282-3026 o para usuarios TTY al 711. Servicios al Miembro está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, 7 días a la semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, 5 días a la semana o en [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

CHRISTUS Health Plan Generations es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations depende de la renovación del contrato.

H1189\_MC3410\_C