



Florida Complete Care (HMO I-SNP)
Florida Complete Care – In the Community (HMO I-SNP)

Prima mensual del plan para personas que reciben ayuda adicional de Medicare para 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, la prima mensual de su plan será más baja de lo que sería si no recibiera ayuda adicional de Medicare. La cantidad de ayuda adicional que reciba determinará la prima mensual total de su plan como afiliado de nuestro plan.

En esta tabla se muestra cuál será la prima mensual de su plan si recibe ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual de Florida Complete Care*	Prima mensual de Florida Complete Care – In the Community*
100%	\$0.00	\$0.00
75%	\$8.60	\$8.60
50%	\$17.10	\$17.10
25%	\$25.70	\$25.70

*No incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted deba pagar.

Las primas de Florida Complete Care and Florida Complete Care – In the Community incluyen cobertura para servicios médicos y cobertura de medicamentos recetados.

Si no recibe ayuda adicional y quiere saber si califica, llame a:

- 1-800-Medicare o 1-877-486-2048 para usuarios de TTY (disponible las 24 horas del día, los 7 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 deben llamar al 1-800-325-0778 de lunes a viernes, entre las 7 a. m. y las 7 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.