



Prima mensual del plan 2019 para personas que reciben la Ayuda Extra de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados

Si recibe la Ayuda Extra de Medicare para ayudar a pagar los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual del plan será menos de lo que sería si no recibiera la Ayuda Extra de Medicare. El monto de la Ayuda Extra que usted recibe 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 la Ayuda Extra.

Región	Estado	Su nivel de la Ayuda Extra	Prima mensual para el plan Value*	Prima mensual para el plan Saver*	Prima mensual para el plan Choice*
1	Maine y New Hampshire	100 %	\$10.90	\$3.50	\$64.80
		75 %	\$19.20	\$8.60	\$73.10
		50 %	\$27.50	\$13.70	\$81.40
		25 %	\$35.80	\$18.90	\$89.70
2	Connecticut, Massachusetts, Rhode Island, Vermont	100 %	\$0.00	\$5.50	\$58.60
		75 %	\$8.80	\$10.10	\$67.60
		50 %	\$17.60	\$14.70	\$76.70
		25 %	\$26.40	\$19.40	\$85.70
3	New York	100 %	\$0.00	\$3.80	\$53.60
		75 %	\$9.50	\$8.80	\$63.40
		50 %	\$18.90	\$13.90	\$73.20
		25 %	\$28.40	\$18.90	\$83.10
4	New Jersey	100 %	\$0.00	\$4.60	\$56.10
		75 %	\$8.90	\$9.50	\$65.40
		50 %	\$17.70	\$14.30	\$74.70
		25 %	\$26.60	\$19.20	\$84.00
5	Delaware, District of Columbia, Maryland	100 %	\$0.00	\$4.10	\$67.20
		75 %	\$7.30	\$9.10	\$74.70
		50 %	\$14.60	\$14.00	\$82.20
		25 %	\$21.90	\$19.00	\$89.70
6	Pennsylvania y West Virginia	100 %	\$0.00	\$4.30	\$63.00
		75 %	\$9.00	\$9.60	\$72.20
		50 %	\$18.10	\$14.80	\$81.50
		25 %	\$27.10	\$20.10	\$90.70
7	Virginia	100 %	\$2.80	\$5.10	\$62.70
		75 %	\$10.40	\$10.20	\$70.30
		50 %	\$18.10	\$15.20	\$78.00
		25 %	\$25.70	\$20.30	\$85.60
8	North Carolina	100 %	\$2.20	\$4.00	\$66.30
		75 %	\$9.40	\$9.00	\$73.50
		50 %	\$16.60	\$13.90	\$80.70
		25 %	\$23.90	\$18.90	\$88.00
9	South Carolina	100 %	\$18.80	\$4.60	\$71.40
		75 %	\$25.00	\$9.80	\$77.60
		50 %	\$31.10	\$15.00	\$83.70
		25 %	\$37.30	\$20.20	\$89.90

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

Región	Estado	Su nivel de la Ayuda Extra	Prima mensual para el plan Value*	Prima mensual para el plan Saver*	Prima mensual para el plan Choice*
10	Georgia	100 %	\$10.50	\$4.20	\$71.60
		75 %	\$16.90	\$9.10	\$78.00
		50 %	\$23.40	\$14.10	\$84.50
		25 %	\$29.80	\$19.00	\$90.90
11	Florida	100 %	\$26.40	\$4.30	\$68.60
		75 %	\$34.00	\$9.20	\$76.20
		50 %	\$41.60	\$14.20	\$83.80
		25 %	\$49.10	\$19.10	\$91.30
12	Alabama y Tennessee	100 %	\$0.00	\$3.90	\$55.70
		75 %	\$7.50	\$9.00	\$63.50
		50 %	\$15.10	\$14.20	\$71.40
		25 %	\$22.60	\$19.30	\$79.20
13	Michigan	100 %	\$0.00	\$3.80	\$55.00
		75 %	\$8.70	\$8.80	\$63.20
		50 %	\$16.90	\$13.90	\$71.40
		25 %	\$25.20	\$18.90	\$79.70
14	Ohio	100 %	\$0.70	\$5.00	\$51.50
		75 %	\$8.90	\$9.70	\$59.70
		50 %	\$17.10	\$14.50	\$67.90
		25 %	\$25.40	\$19.20	\$76.20
15	Indiana y Kentucky	100 %	\$0.00	\$4.70	\$55.40
		75 %	\$7.80	\$9.50	\$63.40
		50 %	\$15.60	\$14.30	\$71.30
		25 %	\$23.40	\$19.20	\$79.30
16	Wisconsin	100 %	\$0.00	\$3.00	\$58.90
		75 %	\$10.00	\$8.20	\$69.10
		50 %	\$20.10	\$13.50	\$79.30
		25 %	\$30.10	\$18.70	\$89.50
17	Illinois	100 %	\$15.70	\$4.20	\$69.40
		75 %	\$22.60	\$9.10	\$76.30
		50 %	\$29.40	\$14.10	\$83.10
		25 %	\$36.30	\$19.00	\$90.00
18	Missouri	100 %	\$14.80	\$3.10	\$63.00
		75 %	\$22.90	\$8.50	\$71.10
		50 %	\$30.90	\$13.90	\$79.10
		25 %	\$38.90	\$19.40	\$87.10
19	Arkansas	100 %	\$10.70	\$2.80	\$71.90
		75 %	\$16.90	\$8.40	\$78.10
		50 %	\$23.10	\$13.90	\$84.30
		25 %	\$29.30	\$19.50	\$90.50
20	Mississippi	100 %	\$11.50	\$3.40	\$73.00
		75 %	\$18.30	\$8.70	\$79.80
		50 %	\$25.00	\$13.90	\$86.50
		25 %	\$31.70	\$19.20	\$93.20

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

Región	Estado	Su nivel de la Ayuda Extra	Prima mensual para el plan Value*	Prima mensual para el plan Saver*	Prima mensual para el plan Choice*
21	Louisiana	100 %	\$0.00	\$3.40	\$55.00
		75 %	\$7.80	\$8.70	\$63.30
		50 %	\$15.60	\$14.00	\$71.60
		25 %	\$23.40	\$19.30	\$79.80
22	Texas	100 %	\$20.60	\$4.70	\$75.90
		75 %	\$26.60	\$9.50	\$81.90
		50 %	\$32.60	\$14.30	\$87.90
		25 %	\$38.60	\$19.20	\$93.90
23	Oklahoma	100 %	\$8.70	\$3.80	\$66.00
		75 %	\$16.40	\$8.80	\$73.70
		50 %	\$24.10	\$13.90	\$81.40
		25 %	\$31.80	\$18.90	\$89.10
24	Kansas	100 %	\$11.40	\$3.60	\$66.60
		75 %	\$19.60	\$8.70	\$74.80
		50 %	\$27.70	\$13.80	\$82.90
		25 %	\$35.80	\$18.90	\$91.00
25	Iowa, Minnesota, Montana, Nebraska, North Dakota, South Dakota, Wyoming	100 %	\$12.20	\$2.00	\$58.50
		75 %	\$21.20	\$7.70	\$67.50
		50 %	\$30.10	\$13.50	\$76.40
		25 %	\$39.10	\$19.20	\$85.40
26	New Mexico	100 %	\$15.30	\$3.70	\$54.90
		75 %	\$21.90	\$8.80	\$61.50
		50 %	\$28.60	\$13.80	\$68.20
		25 %	\$35.20	\$18.90	\$74.80
27	Colorado	100 %	\$19.20	\$4.70	\$62.50
		75 %	\$27.20	\$9.50	\$70.50
		50 %	\$35.20	\$14.30	\$78.50
		25 %	\$43.20	\$19.20	\$86.50
28	Arizona	100 %	\$0.00	\$5.80	\$65.70
		75 %	\$8.00	\$10.30	\$73.80
		50 %	\$16.10	\$14.90	\$82.00
		25 %	\$24.10	\$19.40	\$90.10
29	Nevada	100 %	\$16.50	\$4.40	\$72.10
		75 %	\$22.80	\$9.30	\$78.40
		50 %	\$29.10	\$14.20	\$84.70
		25 %	\$35.50	\$19.10	\$91.10
30	Oregon y Washington	100 %	\$13.40	\$2.90	\$56.20
		75 %	\$21.80	\$8.20	\$64.60
		50 %	\$30.30	\$13.40	\$73.10
		25 %	\$38.70	\$18.70	\$81.50
31	Idaho y Utah	100 %	\$0.00	\$3.40	\$55.10
		75 %	\$10.20	\$8.50	\$64.80
		50 %	\$19.90	\$13.70	\$74.50
		25 %	\$29.50	\$18.80	\$84.10

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

Región	Estado	Su nivel de la Ayuda Extra	Prima mensual para el plan Value*	Prima mensual para el plan Saver*	Prima mensual para el plan Choice*
32	California	100 %	\$22.00	\$4.20	\$64.90
		75 %	\$30.70	\$9.10	\$73.60
		50 %	\$39.40	\$14.00	\$82.30
		25 %	\$48.10	\$19.00	\$91.00
33	Hawaii	100 %	\$5.80	\$4.50	\$53.30
		75 %	\$12.20	\$9.30	\$59.70
		50 %	\$18.60	\$14.20	\$66.10
		25 %	\$25.10	\$19.00	\$72.60
34	Alaska	100 %	\$0.00	\$3.50	\$63.40
		75 %	\$8.30	\$8.60	\$71.80
		50 %	\$16.60	\$13.70	\$80.20
		25 %	\$24.90	\$18.90	\$88.60
38	Puerto Rico	100 %	\$40.20	\$23.90	NA
		75 %	\$40.20	\$23.90	NA
		50 %	\$40.20	\$23.90	NA
		25 %	\$40.20	\$23.90	NA

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

Si no obtiene la Ayuda Extra, puede ver si califica llamando a:

- 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;
- la oficina de Medicaid de su estado; o
- la oficina del Seguro Social, al 1.800.772.1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778.

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente al **1.866.477.5703**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto durante Acción de Gracias y Navidad. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.866.477.5703** (TTY: **1.800.716.3231**).

Express Scripts Medicare (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Express Scripts Medicare depende de la renovación del contrato.