



Data de entrada em vigor: Janeiro de 2022

**Cláusula Adicional de Prova de Cobertura
para pessoas que recebem ajuda extra para pagar medicamentos sujeitos a
receita médica
(também denominada “cláusula adicional de subsídio de baixo rendimento
ou “LIS Rider”)**

Guarde este aviso - faz parte da sua Prova de Cobertura CCA Medicare Preferred.

Os nossos registos mostram que se qualifica para ajuda extra no pagamento da sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica. Isto significa que receberá ajuda para pagar o prémio mensal, a franquia anual e a comparticipação dos custos dos medicamentos sujeitos a receita médica.

Como associado do nosso Plano, receberá a mesma cobertura de alguém que não está a receber ajuda extra. A sua adesão ao nosso Plano não será afetada pela ajuda extra. Isto também significa que deve seguir todas as regras e procedimentos da Prova de Cobertura.

Consulte o gráfico abaixo para obter uma descrição de sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica:

O prémio do seu plano mensal é	A sua franquia anual é	O valor da comparticipação de custos para medicamentos genéricos/preferenciais de múltiplas fontes não é superior a	O valor da comparticipação de custos para todos os outros medicamentos não é superior a
---------------------------------------	-------------------------------	--	--

\$0*	<\$0/\$99>	<\$0/\$1.35/\$3.95/15%> (cada receita)	<\$0/\$4.00/\$9.85/15%> (cada receita)
------	------------	---	---

[Insert the chart to reflect the deductible and cost-sharing amounts applicable to the beneficiary who will receive this form. If you were notified that one of your members qualifies for the subsidy and has a \$ 99 deductible but the plan is a zero deductible plan, please insert a \$0 in the chart above. In addition, if you were notified that one of your members qualifies for a co-payment amount that is more than the co-payment amounts listed in the Evidence of Coverage, insert the co-payment amount listed in the Evidence of Coverage in the chart above. For example, if the member qualifies for a \$3.95 co-payment for generics, but your plan is a \$0 generic plan, insert a \$0 in the chart above. Sponsors must ensure that the premiums displayed in the table above are accurate and therefore reflect the premiums for beneficiaries who receive extra help as displayed on HPMS at Plan Bids/Bid Submission/Contract Year 2022Manage Plans/Review Plan Data. The only exception is that sponsors have the option to modify the premium and copayment amounts to reflect any wraparound coverage provided by a State Pharmacy Assistance Program in which a member is enrolled. Premiums in this chart must reflect the total plan premium for Part C and Part D, including both the basic and supplemental premium for each if applicable.]

* O prêmio do plano mensal não inclui nenhum prêmio de Medicare Parte B que ainda precise de pagar. O prêmio do plano que paga foi calculado com base no prêmio do Plano e na quantidade de ajuda extra que recebe.

[Insert this statement for LIS members who qualify for the 15% co-insurance amount and if you have tiered co-payment structure: Se o seu cosseguro for de 15% ou menos, o valor que paga por receita pode variar cada vez que avia uma receita.

Além disso, se o valor do copagamento listado na Prova de Cobertura for menor que o valor listado acima, pagará o valor do copagamento listado na Prova de Cobertura. Por exemplo, se o cosseguro de 15% para um medicamento genérico for \$7,50 e a Prova de Cobertura declarar que o copagamento para um medicamento genérico é \$5, pagará \$5 pelos seus medicamentos genéricos.]

[Insert this statement for LIS members who have an increase in their cost sharing, premium, and/or deductible level: As alterações nos seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica começam na data de entrada em vigor, no início desta carta. Esta data pode já ter passado quando recebeu esta carta. Se aviou receitas desde esta data, pode ter sido cobrado menos do que deveria ter pagado como associado do nosso plano. Além disso, se o seu prémio aumentou, pode não ter pago o suficiente. Se nos dever dinheiro, informaremos quanto.]

[Insert this statement for LIS members who have been LIS eligible and now have a decrease in their cost sharing, premium, and/or deductible level, or for those newly LIS eligible with a retroactive effective date: As alterações nos seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica começam na data de entrada em vigor no início desta carta. Esta data pode já ter passado quando recebeu esta carta. Se aviou receitas ou pagou prémios desde esta data, pode ter sido cobrado mais do que deveria como associado do nosso plano. Se lhe devermos dinheiro enviaremos uma carta separada para informá-lo quanto. *[Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back.]*

A Medicare ou a Segurança Social irão rever periodicamente a sua elegibilidade para se certificarem de que ainda se qualifica para ajuda extra com os custos do plano de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare. A sua elegibilidade para ajuda extra pode mudar se houver uma alteração no seu rendimento ou recursos, se se casar ou ficar solteiro, ou se perder o Medicaid.

Se tiver perguntas sobre este aviso, contacte os **Serviços de Atendimento a Associados** em **866-610-2273 (TTY 711)**, das 8h00 às 20h00, 7 dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. (1 de abril a 30 de setembro: das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira e das 8h00 às 18h00, aos sábados e domingos.)

O Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA) Medicare Preferred (PPO) é um plano de saúde com um contrato Medicare. A adesão ao plano depende da renovação do contrato.

Pode obter este documento gratuitamente em outros formatos, como letras grandes, braille ou áudio. Telefone para o 866-610-2273 (TTY 711), das 8:00 às 20:00, 7 dias

por semana, de 1 de outubro a 31 de março (1 de abril a 30 de setembro: das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira, e das 8:00 às 18:00, sábado e domingo.) A chamada é gratuita.