



Fecha de entrada en vigor: enero de 2022

**Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta médica (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”)**

Conserve este aviso; es parte de su Evidencia de cobertura de CCA Medicare Value.

Nuestros registros indican que usted califica para recibir ayuda adicional para el pago de sus medicamentos recetados. Esto significa que obtendrá ayuda para pagar su prima mensual, su deducible anual y los costos compartidos de los medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro plan, usted obtendrá la misma cobertura que aquellas personas que no reciben ayuda adicional. Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por la ayuda adicional. Esto también significa que debe cumplir todas las normas y los procedimientos que encontrará en la Evidencia de cobertura.

Consulte el cuadro a continuación para ver una descripción de su cobertura para medicamentos con receta médica:

Su prima del plan mensual es	Su deducible anual es	Su monto de los costos compartidos para medicamentos genéricos/de fuentes múltiples de Value no es superior a	Su monto de los costos compartidos para todos los demás medicamentos no es superior a
<Insert applicable amount>*	<\$0/\$99>	<\$0/\$1.35/\$3.95/15%> (cada receta)	<\$0/\$4.00/\$9.85/15%> (cada receta)

*[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.]*

\*La prima del plan mensual no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que aún tenga que pagar. La prima del plan que paga se ha calculado sobre la base de la prima del Plan y el monto que obtiene del programa de ayuda adicional.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre el pago de la prima de su plan.

*[Insert this statement for LIS members who qualify for the 15% co-insurance amount and if you have tiered co-payment structure: Si su coseguro es de 15% o menos, el monto que paga por receta puede variar cada vez que la surta.*

Además, si el monto del copago indicado en la Evidencia de cobertura es inferior al monto indicado con anterioridad, usted pagará el monto del copago indicado en la Evidencia de cobertura. Por ejemplo, si el coseguro al 15% para un medicamento genérico es de \$7,50 y la Evidencia de cobertura indica que el copago para un medicamento genérico es de \$5, usted pagará \$5 por sus medicamentos genéricos.]

*[Insert this statement for LIS members who have an increase in their cost sharing, premium, and/or deductible level:* Los cambios en sus costos de medicamentos recetados comenzarán a implementarse desde la fecha de entrada en vigor indicada en la parte superior de esta carta. Es posible que esta fecha ya haya pasado cuando reciba esta carta. Si ha surtido recetas desde esta fecha, es posible que le hayan cobrado menos de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Además, si su prima ha aumentado, es posible que no haya pagado lo suficiente. Si nos debe dinero, le informaremos el monto.

*[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:* Los cambios en sus costos de medicamentos recetados comenzarán a implementarse desde la fecha de entrada en vigor indicada en la parte superior de esta carta. Es posible que esta fecha ya haya pasado cuando reciba esta carta. Si ha surtido recetas o ha pagado primas desde esta fecha, es posible que le hayan cobrado más de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Si le debemos dinero, le enviaremos otra carta para informarle el monto. *[Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back.]*

Medicare o el Seguro Social revisarán de forma periódica su elegibilidad para asegurarse de que todavía reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con sus costos del plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional puede cambiar si hay una modificación en sus ingresos o en sus recursos, si se casa o se separa, o si pierde Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con **Servicios a los miembros al 866-610-2273 (TTY 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).

---

Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA) Medicare Value (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos). La llamada es gratuita.