# 2026 파트 D 모델 LIS 부칙

## [*Legend for Model LIS Rider*:

* *Variable Placeholders are located within < >.*
* Language that a sponsor may include or remove in its entirety, based on benefit design, is located within [ ].
* Language in italics is instructions to sponsors.
* SNPs that provide prescription drug benefits exclusively to Medicare/Medicaid duals and do not charge any cost sharing in excess of the LIS cost-sharing levels must reflect their plan amounts in the LIS Rider.
* D-SNPs that have $0 cost sharing for all Part D drugs are exempt from sending the LIS Rider.

In all instances throughout this document in which dollar or percentage values appear (for instance, deductibles or copays), sponsors must provide the one (not multiple) value that applies to the enrollee who will receive this copy of the LIS Rider.]

[*Insert* <Effective date as Month Day, Calendar Year or Date Range>]

## **처방약 지불에 대한 추가 도움 수령자를 위한**

## **보장 증명서 부칙**

## **(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙)**

[*Optional insert* <member’s Rx BIN/PCN>]

[*Insert* <Plan Name>의] 보장 증명서 일부인 본 통지서를 잘 보관해 주십시오.

당사의 기록에 따르면 고객님은 처방약 보장 비용 지불에 대한 추가 도움(Extra Help)을 받으실 자격이 됩니다. 이는 고객님께서 월 보험료, 연간 디덕터블 및 처방약 비용 분담액 결제에 도움을 받게 됨을 의미합니다.

저희 플랜의 가입자로서 고객님께서는 추가 도움을 받지 않는 분들과 동일한 보장을 받게 될 것입니다. 고객님의 플랜 가입자 자격은 추가 도움으로 인해 영향을 받지 않습니다. 이는 또한 고객님이 보장 증명서의 모든 규칙 및 절차를 따라야 함을 의미합니다.

처방약 보장에 대한 설명은 아래 표를 참조하십시오.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 고객님의 월 플랜 보험료 | 고객님의 연간 디덕터블 | 제네릭/선호 다품목 의약품에 대한 고객님의 비용 분담 금액(최대) | 기타 모든 의약품에 대한 고객님의 비용 분담 금액(최대) |
| <*Insert applicable amount*>\* | **<**$0> | <$0/$1.60/$5.10> (처방당) | **<**$0/$4.90/$12.65> (처방당) |

*[Insert the chart to reflect the deductible and cost-sharing amounts applicable to the beneficiary who will receive this form. In addition, if you were notified that one of your members qualifies for a copayment amount that is more than the copayment amounts listed in the Evidence of Coverage, insert the copayment amount listed in the Evidence of Coverage in the chart above. For example, if the member qualifies for a $5.10 copayment 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/CY 2026/Manage 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.]*

\* 월 플랜 보험료에는 고객님이 지불해야 할 Medicare 파트 B 보험료가 포함되지 않습니다. 고객님이 지불하는 플랜 보험료는 플랜의 보험료 및 고객님이 받는 추가 도움 금액에 기초해 계산되었습니다.

플랜 보험료 납부에 대한 더 자세한 정보는 보장 증명서를 참조하십시오.

일단 고객님 및 Medicare(추가 도움으로)가 모두 납부한 금액이 한 해에 $2,100에 도달하게 되면, 고객님의 코페이 금액은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 처방당 $0로 줄어들게 됩니다.

*[Insert the following if this EOC is for your enhanced prescription benefit and you cover non-Part D drugs as part of your benefit:* 당사는 Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 보조 처방약을 보장합니다. 고객님은 이 의약품에 대해선 어떠한 추가 도움도 받지 못할 것입니다. 이 의약품에 대한 고객님의 코페이/코인슈런스 금액은 다음과 같습니다. *[Insert cost-sharing structure for supplemental drugs covered under their enhanced alternative prescription benefit.]*

또한, 고객님이 이러한 파트 D 미포함 약품(보조 약품)에 대한 처방전을 조제할 때 지불하는 금액은 고객님의 총 약품비 또는 총 본인 부담 지출에 누적되지 않습니다 (즉, 고객님이 지불하는 금액은 고객님을 추후 혜택을 받는 단계로 이동되도록 하거나 거대위험 보장에 도달하는 데 도움이 되지 않습니다). 여기에 해당되는 의약품에 대해 알아보시려면 [*Insert* <us> <applicable title for “Member/Customer Service>]로 문의해 주십시오. 연락처 정보는 본 통지서의 마지막 부분에 나와 있습니다.

일단 고객님 **및** Medicare(추가 도움으로)가 모두 납부한 금액이 한 해에 $2,100에 도달하게 되면, 고객님의 코페이 금액은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 처방당 $0로 줄어들게 됩니다.

[*Insert* this statement for LIS members who have an increase in their cost sharing level: 고객님의 처방약 비용에 대한 변경 사항은 본 서신 상단에 있는 발효일을 기준으로 효력이 발생합니다. 이 서신을 수령한 시점에 해당 날짜가 이미 지났을 수 있습니다. 해당 날짜 이후에 약을 조제하셨다면 보험 가입자로서 고객님이 지불해야 하는 금액보다 적은 금액이 청구되었을 수 있습니다. 미납액이 있다면 해당 금액을 알려드리겠습니다. [*Insert detailed explanation on how it will be collected*.]]

[Insert this statement for LIS members who have been LIS eligible and now have a decrease in their cost sharing, or for those newly LIS eligible with a retroactive effective date: 고객님의 처방약 비용에 대한 변경 사항은 본 서신 상단에 있는 발효일을 기준으로 효력이 발생합니다. 이 서신을 수령한 시점에 해당 날짜가 이미 지났을 수 있습니다. 해당 날짜 이후에 약을 조제하셨거나 보험료를 납부하셨다면 보험 가입자로서 고객님이 지불해야 하는 금액보다 적은 금액이 청구되었을 수 있습니다. 환급금이 있다면 해당 금액을 알려드리기 위한 별도의 서신을 보내드리겠습니다. [*Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back*.]]

Medicare 또는 사회보장국은 고객님이 해당 Medicare 처방약 플랜 비용에 대한 추가 도움을 받으실 자격이 되는지를 확인하기 위해 정기적으로 자격을 검토할 것입니다. 추가 도움을 받을 수 있는 자격은 고객님의 소득이나 재원에 변경이 있는 경우, 혼인하거나 독신이 되거나, Medicaid 자격을 상실할 경우 바뀔 수 있습니다.

본 통지서에 대한 문의 사항은 [*Insert* <Customer/Member> 서비스, <phone number> (TTY 사용자는 <TTY number>)번으로 전화하거나 <days/hours of operation> 당사 웹사이트, <web address>로 문의해 주십시오.]

*[Pursuant to 42 CFR §423.2267, applicable disclaimers must be included in this document.]*