# Phục lục LIS Mẫu Phần D 2026

## [*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>]

## **Phụ lục Chứng từ Bảo hiểm**

## **cho Người nhận Trợ cấp Đặc biệt để Thanh toán Thuốc theo toa**

## **(còn được gọi là Phụ lục Trợ cấp Thu nhập Thấp hoặc Phụ lục LIS)**

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

Vui lòng giữ thông báo này - nó là một phần của Chứng từ Bảo hiểm của [*Insert* <Plan Name>].

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quý vị đủ điều kiện nhận trợ cấp đặc biệt thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa. Điều này có nghĩa là quý vị nhận trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng, khấu trừ hàng năm và chia sẻ chi phí thuốc kê đơn của quý vị.

Là một thành viên Chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được khoản bảo hiểm tương tự như những người không nhận được Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help). Tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình của chúng tôi sẽ không bị ảnh hưởng bởi Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help). Điều này có nghĩa là quý vị phải làm theo mọi quy tắc và thủ tục trong Chứng từ Bảo hiểm.

Vui lòng xem bảng bên dưới để có mô tả về bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị là | **Khoản khấu trừ hàng năm của quý vị là** | Số tiền chia sẻ chi phí của quý vị cho các loại thuốc gốc/thuốc đa nguồn ưu tiên không quá | Số tiền chia sẻ chi phí của quý vị cho tất cả các loại thuốc khác không quá |
| <*Insert applicable amount*>\* | **<**$0> | <$0/$1.60/$5.10> (mỗi đơn thuốc) | **<**$0/$4.90/$12.65> (mỗi đơn thuốc) |

*[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.]*

\* Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng không bao gồm phí bảo hiểm Phần B Medicare mà quý vị có thể vẫn cần phải thanh toán. Phí bảo hiểm chương trình quý vị trả đã được tính dựa trên phí bảo hiểm của Chương trình và số tiền Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) quý vị nhận được.

Vui lòng tham khảo Chứng từ Bảo hiểm của quý vị để biết thêm thông tin về thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị.

Khi số tiền mà cả quý vị và Medicare phải trả (như khoản Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help)) đạt $2,100 trong một năm, (các) số tiền đồng thanh toán của quý vị sẽ giảm xuống <$0 mỗi đơn thuốc cho các thuốc Phần D được đài thọ.

*[Insert the following if this EOC is for your enhanced prescription benefit and you cover non-Part D drugs as part of your benefit: Chúng tôi cung cấp bảo hiểm cho một số thuốc kê toa bổ sung mà thông thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Kê toa của Medicare. quý vị sẽ không nhận được bất kỳ khoản Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) nào để thanh toán cho các loại thuốc này. Số tiền đồng thanh toán/đồng bảo hiểm của quý vị cho các loại thuốc này như sau: [Insert cost-sharing structure for supplemental drugs covered under their enhanced alternative prescription benefit.]*

Ngoài ra, số tiền quý vị thanh toán khi quý vị mua thuốc theo toa cho các thuốc không phải Phần D này (thuốc bổ sung) không được tính vào tổng chi phí thuốc hoặc tổng chi phí xuất túi (có nghĩa là số tiền quý vị chi trả không giúp quý vị tính vào quyền lợi hoặc đạt được bảo hiểm tai ương). Vui lòng liên lạc với [*Insert* một <us> <applicable title for “Member/Customer Service>] để tìm hiểu xem loại thuốc nào điều này áp dụng. Thông tin liên lạc của chúng tôi sẽ xuất hiện vào cuối thông báo này.

Khi số tiền mà cả quý vị **và** Medicare phải trả (như khoản Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help)) đạt $2,100 trong một năm, (các) số tiền đồng thanh toán của quý vị sẽ giảm xuống <$0 mỗi đơn thuốc cho các thuốc Phần D được đài thọ.

[*Insert this statement for LIS members who have an increase in their cost sharing level:* Những thay đổi đối với chi phí thuốc theo toa của quý vị bắt đầu từ ngày có hiệu lực ở đầu thư này. Khi quý vị nhận thư này có thể đã quá ngày có hiệu lực. Nếu quý vị đã mua thuốc theo toa kể từ ngày này, quý vị có thể đã bị tính phí thấp hơn mức quý vị lẽ ra phải trả với tư cách là thành viên của chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị nợ chúng tôi tiền, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị số tiền. [*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:* Những thay đổi đối với chi phí thuốc theo toa của quý vị bắt đầu từ ngày có hiệu lực ở đầu thư này. Khi quý vị nhận thư này có thể đã quá ngày có hiệu lực. Nếu quý vị đã mua thuốc theo toa hoặc trả phí bảo hiểm kể từ ngày này, quý vị có thể đã bị tính phí cao hơn mức quý vị lẽ ra phải trả với tư cách là thành viên của chương trình của chúng tôi. Nếu chúng tôi nợ quý vị tiền, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thư riêng biệt để cho quý vị biết số tiền. [*Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back*.]]

Medicare hoặc Sở An sinh Xã hội sẽ xem xét điều kiện tham gia của quý vị định kỳ để đảm bảo rằng quý vị vẫn đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) với chi phí chương trình thuốc theo toa Medicare của quý vị. Điều kiện của quý vị cho Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) có thể thay đổi nếu thu nhập hoặc nguồn kinh tế của quý vị thay đổi, nếu quý vị kết hôn hoặc trở thành độc thân, hoặc quý vị mất Medicaid.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về thông báo này, vui lòng liên lạc Ban Dịch vụ *Insert* <Customer/Member> theo số <phone number> (người dùng TTY vui lòng gọi <TTY number>) <days/hours of operation> hoặc tại <web address.>]

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