[**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 chargeany cost sharing in excess of the LIS cost sharing levelsmust reflect their plan amounts in the LIS Rider.

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

Fecha de Vigencia: *<Insert Date as Month Day, Calendar Year or Date Range>*

Evidencia de Cláusula Adicional de Cobertura

para las Personas Que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar por los Medicamentos de Receta

(también se llama un Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)

[OPCIONAL: Los patrocinadores pueden insertar el RxBIN/PCN del miembro]

Guarde este aviso - es parte de la Evidencia de Cobertura de <Plan Name>.

Nuestros registros indican que es usted elegible para recibir ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados. Esto quiere decir que recibirá ayuda para pagar su prima mensual [,] [deducible anual,] y los costos compartidos de medicamentos de receta.

Como miembro de nuestro Plan, recibirá la misma cobertura que una persona que no reciba ayuda adicional. Su membresía en nuestro Plan no se verá afectada por la ayuda adicional. Esto también quiere decir que debe seguir todas las reglas y procedimientos de la Evidencia de Cobertura.

Consulte la tabla de abajo para ver una descripción de su cobertura de medicamentos de receta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Su prima mensual del plan es** | Su deducible anual es | **La cantidad de sus costos compartidos para medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes es no más de** | **La cantidad de sus costos compartidos para todos los otros medicamentos es no más de** |
| <Insert applicable amount>\* | **<**$0/$74> | <$0/$1.20/ $2.95/15%>(cada receta) | **<**$0/$3.60/ $7.40/15%> (cada receta) |

*[Sponsors: Please fill out the chart to reflect the deductible and cost sharingt 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 $74 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 $2.95 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 2016 Manage Plans/Review Plan Data. The only exception is that sponsorshave 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 mensual del plan no incluye ningún tipo de prima de Medicare Parte B que necesite pagar todavía. La prima de plan que paga usted se ha calculado según la prima del Plan y la cantidad de ayuda extra que reciba.

Consulte su Evidencia de Cobertura para mayor información acerca del pago de su prima del plan.

[*Plans, 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 un 15% o menos, la cantidad que pague por receta puede variar cada vez que surta una receta.

Además, si la cantidad de copago indicada en la Evidencia de Cobertura es menos que la cantidad indicada arriba, pagará la cantidad de copago indicada en la Evidencia de Cobertura. Por ejemplo, si el coseguro de 15% para un medicamento genérico es $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.]

[*Plan Benefit structure with $0 generic co-payment that does not extend past the ICL should include the following statement:* Una vez las cantidades pagadas por usted y/u otros de su parte asciendan a $<ICL> empezará a pagar [<$1.20/ $2.95 /15%> (por medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes.]

[*Sponsors: add the following if this EOC is for your enhanced prescription benefit and you cover non-Part D drugs as part of your benefit:* Ofrecemos cobertura de algunos medicamentos de receta suplementarios que no se cubren normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare. No recibirá ayuda extra para pagar por estos medicamentos. Su copago/coseguro por estos medicamentos es de la manera siguiente: *<Sponsors should insert their cost-sharing structure for supplemental drugs covered under their enhanced alternative prescription benefit.>*]

Además, la cantidad que paga cuando surte una receta para estos medicamentos que no son de Parte D (medicamentos suplementarios) no cuenta para su [deducible,] costos totales de medicamentos o gastos totales de bolsillo (es decir, la cantidad que paga no ayuda a adelantarlo en el beneficio o a alcanzar cobertura catastrófica). Póngase en contacto con <*insert* “us” or *applicable title for* “Member/Customer Service> para averiguar a qué medicamentos les aplica esto. Nuestra información de contacto aparece al final de este aviso.]

Una vez la cantidad que paguen tanto usted **como** Medicare (como la ayuda adicional) ascienda a $4,850 en un año, sus cantidades de copago se reducirán a <$0 por receta / $2.95 por medicamentos genéricos o de marcas preferidas de laboratorios múltiples, o $7.40 para los otros medicamentos>.

[*Sponsors*: insert this statement for LIS members who have an increase in their cost-sharing, premium, and/or deductible level: Los cambios de sus costos de medicamentos de receta comienzan a partir de la fecha de entrada en vigencia que hay en la parte superior de esta carta. Puede que esta fecha haya pasado ya cuando reciba esta carta. Si ha surtido recetas después de esta fecha, puede que se le haya cobrado menos de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Además, si su prima ha aumentado, puede que no haya pagado lo suficiente. Si nos debe dinero, le comunicaremos cuánto. <*Insert detailed explanation on how it will be collected*>.]

[*Sponsors*: 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 de sus costos de medicamentos de receta comienzan a partir de la fecha de entrada en vigencia que hay en la parte superior de esta carta. Puede que esta fecha haya pasado ya cuando reciba esta carta. Si ha surtido recetas o pagado primas después de esta fecha, puede que se le haya cobrado más de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Si le debemos dinero, le enviaremos una carta aparte para comunicarle cuánto. <*Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back*>.]

Medicare o el Seguro Social examinará periódicamente su elegibilidad para asegurarse de que todavía es elegible para la “ayuda adicional” para pagar los gastos del plan de medicamentos de receta de Medicare. Su elegibilidad para la ayuda adicional podría variar si hay cambios en sus ingresos o recursos, si se casa, o si vuelve a ser soltero, o si pierde Medicaid.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, póngase en contacto con *[optional <*us*> at]*<Plan Name>,*[optional <*Member Services>*]*al <Toll-free Number>,<Toll-free TTY Number>,<Days/Hours of Operation>, o en <insert web address>.

*[Appropriate language, including disclaimers, is expected to appear in this document on topics including: benefits (MMG §50.2); Federal contracting (MMG §50.1); material ID Number (MMG §40.1); non-English translations (MMG §50.4); Part B premiums (MMG §50.3)].*