



25 de septiembre de 2019

<Member Name>  
<Member Address 1>  
<Member Address 2>

**Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura  
para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los  
medicamentos con receta (también denominada Cláusula adicional  
para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)**

Estimado <Member Name>:

Nuestros registros indican que usted califica para recibir ayuda adicional para pagar la cobertura de sus medicamentos con receta. Esto significa que usted recibirá ayuda para pagar su prima mensual, el deducible anual y el costo compartido para medicamentos con receta.

Como miembro de nuestro plan, usted recibirá la misma cobertura que quien no recibe ayuda adicional. Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por la ayuda adicional. Esto también significa que debe cumplir con todas las reglas y procedimientos de la Evidencia de cobertura.

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

<b>Su prima mensual es de</b>	<b>Su deducible anual es de</b>	<b>Su monto de costos compartidos para medicamentos genéricos/preferidos de múltiples proveedores no es mayor a</b>	<b>Su monto de costos compartidos para todos los demás medicamentos no es mayor a</b>
\$0.00*	\$0.00	\$1.30 (cada receta)	\$3.90 (cada receta)

\*La prima mensual del plan no incluye la prima de la Parte B de Medicare, la cual deberá continuar pagando. La prima del plan que usted paga se ha calculado según la prima del plan y la cantidad de ayuda adicional que usted recibe.

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

Cuando los montos que usted pague y/o paguen otros en su nombre alcancen los \$4,020, usted

H8916\_EE05\_C\_S

P.O. Box 21509  
Eagan, MN 55121

comenzará a pagar \$1.30 (por los medicamentos genéricos y preferidos de múltiples proveedores).

Además, el monto que usted paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos que no pertenecen a la Parte D (medicamentos complementarios) no se considera para su deducible, los costos totales de medicamentos o los costos totales que paga de su bolsillo (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a avanzar en el beneficio ni alcanzar la cobertura en situaciones catastróficas). Comuníquese con nosotros para saber a qué medicamentos esto aplica. Nuestra información de contacto figura al final de este aviso.

Cuando el monto que usted y Medicare pagan (como la ayuda adicional) alcanza los \$6,350 en un año, el monto del copago se reducirá a \$0 por receta.

Los cambios en los costos de sus medicamentos con receta comienzan a partir de la fecha de entrada en vigencia en la parte superior de esta carta. Esta fecha quizá haya pasado cuando usted recibe esta carta. Si usted ha obtenido medicamentos con receta desde esta fecha, es posible que se le haya cobrado menos de lo que debería pagar 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 cuánto.

Medicare o el Seguro Social periódicamente revisarán su elegibilidad para asegurarse de que continúe calificando para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional puede cambiar si hay algún cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o queda soltero, o si pierde Medicaid.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con nosotros, Clarion Health (HMO), al 1-844- 824-8771, 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

Gracias.



John Kennedy

Líder de canal

H8916\_EE05\_C\_S

P.O. Box 21509  
Eagan, MN 55121