[**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>’s] 보장 증명서의 일부에 해당하는 이 통지서를 잘 보관하십시오.

당사의 기록에 따르면 귀하는 처방약 보장 비용 지불에 대한 추가 도움을 받으실 자격이 됩니다. 즉, 월 보험료, 연 공제액 및 처방약 비용 부담금에 대한 지원을 받으실 수 있는 것입니다.

본 보험의 가입자이신 귀하는 추가 도움을 받지 않는 분들과 동일한 보장을 받게 됩니다. 본 보험의 가입자 자격은 추가 도움의 영향을 받지 않습니다. 즉, 보장 증명서의 모든 규칙과 절차를 따라야 하는 것입니다.

*[Instructions to plans offering VBID reduced or eliminated cost sharing for Part D drugs targeted to LIS Enrollees:*

*• Plans who choose to reduce cost sharing for Part D drugs covered by MA-PD plans through member participation in a plan-sponsored disease management or similar programs may include a summary of the additional supplemental benefits they would receive as well as the activities and/or programs the member must complete in order to receive the benefit.*

*• If applicable, plans must update the Prescription Drug Chart below to reflect the VBID Part D drug benefit.]*

처방약 보장에 대한 설명은 아래 표를 참조하십시오.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **귀하의 월 보험료** | 귀하의 연 공제액 | **일반/선호 다품목 의약품에 대한 자기 부담금(최대)** | **기타 모든 의약품의 자기 부담금(최대)** |
| <Insert applicable amount>\* | **<**$0> | <$0/$1.55/$4.50> (각 처방전) | **<**$0/$4.60/$11.20> (각 처방전) |

[*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 $4.50 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 2025/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 귀하가 지불해야 할 Medicare 파트 B 보험료가 포함되지 않습니다. 귀하가 납부하시는 플랜 보험료는 플랜 보험료와 귀하가 받으시는 추가 도움 금액을 기준으로 산출됩니다.

플랜 보험료 납부에 대한 더 자세한 정보는 보장 증명서를 참조하십시오.

*[Instructions to plans offering VBID reduction or elimination of their cost sharing for Part D drug benefits for LIS Targeted Enrollees: Modify/remove the following paragraphs to reflect the VBID Part D drug benefit, as applicable:]*

*[Insert this statement for a benefit structure with $0 generic copayment that does not extend past the ICL:* 귀하 및/또는 귀하를 대신하여 다른 사람이 납부한 금액이 $<ICL>가 되면 [<$1.55 / $4.50>(일반 및 선호 다품목 의약품]를 납부하게 됩니다.

귀하 및 Medicare(추가 도움)가 납부한 금액이 한 해에 $8,000가 되면 코페이 금액은 <처방전당 $0/ 다품목인 일반 및 선호 브랜드 의약품에 대해 $4.50 또는 기타 모든 의약품에 대해 $11.20>로 줄어듭니다.

[*Insert this statement for a benefit structure with $0 generic copayment that does not extend past the ICL should include the following statement:* 귀하 및/또는 귀하를 대신하여 다른 사람이 납부한 금액이 $<ICL>가 되면 [<$1.55 / $4.50 > (일반 및 선호 다품목 의약품]를 납부하게 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 보통 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 일부 보조 처방약에 대한 보장을 제공합니다. 이러한 의약품 비용 납부에 대해서는 추가 도움을 받을 수 없습니다. 이러한 의약품에 대한 코페이/공동보험액은 다음과 같습니다. [*Insert cost-sharing structure for supplemental drugs covered under their enhanced alternative prescription benefit.*]

또한 이러한 파트 D 의약품(보조 의약품)이 아닌 의약품을 조제할 때 귀하가 납부하는 금액은 [*Insert when applicable* <deductible,>] 총 약제비 또는 총 본인 부담금에 포함되지 않습니다(즉, 납부하는 금액은 혜택을 계속 받거나 거대위험 보장을 받는 데 도움이 되지 않음). 해당하는 의약품에 대해 알아보시려면 [*Insert* one <us> <applicable title for “Member/Customer Service>]에 문의해 주십시오. 연락처 정보는 본 통지서의 마지막 부분에 나와 있습니다.

귀하 **및** Medicare(추가 도움)가 납부한 금액이 한 해에 $8,000가 되면 코페이 금액은 <처방전당 $0/ 다품목인 일반 및 선호 브랜드 의약품에 대해 $4.50 또는 기타 모든 의약품에 대해 $11.20>로 줄어듭니다.

[*Insert* this statement for LIS members who have an increase in their cost sharing, premium, and/or deductible level: 귀하의 처방약 비용에 대한 변경 사항은 본 서신의 맨 위에 있는 유효일을 기준으로 효력이 발생합니다. 이 서신을 수령한 시점에 해당 날짜가 이미 지났을 수 있습니다. 해당 날짜 이후에 약을 조제하셨다면 보험 가입자로서 귀하가 지불해야 하는 금액보다 적은 금액이 청구되었을 수 있습니다. 또한 보험료가 인상된 경우에는 더 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, premium, and/or deductible level, or for those newly LIS eligible with a retroactive effective date: 귀하의 처방약 비용에 대한 변경 사항은 본 서신의 맨 위에 있는 유효일을 기준으로 효력이 발생합니다. 이 서신을 수령한 시점에 해당 날짜가 이미 지났을 수 있습니다. 해당 날짜 이후에 약을 조제하셨거나 보험료를 납부하셨다면 보험 가입자로서 귀하가 지불해야 하는 금액보다 적은 금액이 청구되었을 수 있습니다. 환급금이 있다면 해당 금액을 알리기 위해 별도의 서신을 보내드리겠습니다. [*Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back*.]]

Medicare 또는 사회보장국은 귀하가 해당 Medicare 처방약 플랜 비용에 대한 추가 도움을 받으실 자격이 되는지 확인하기 위해 정기적으로 자격을 검토합니다. 추가 도움을 받을 자격은 소득이나 재원이 변경되었을 경우, 기혼 또는 독신이 된 경우, Medicaid 자격을 상실했을 경우에 변경될 수 있습니다.

본 통지서에 대해 궁금한 사항은 <phone number> (으(로) [*Insert* <Customer/Member> Service 에 문의하시거나(TTY 이용자는 <TTY number>) <days/hours of operation> 으(로) 전화) <web address.>]에 문의하십시오.

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