

**[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.

*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 entrada en vigencia: <Insert Date as Month Day, Calendar Year or Date Range>

**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)**

[OPTIONAL: Sponsors may insert member's Rx BIN/PCN]

Guarde este aviso, ya que forma parte de la Evidencia de cobertura de <Plan Name>.

Nuestros registros indican que usted reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de sus medicamentos con receta. Esto significa que obtendrá ayuda para pagar la prima mensual[,] [el deducible anual] y los costos compartidos de los medicamentos con receta.

Como miembro de nuestro plan, recibirá la misma cobertura que una persona que no recibe Ayuda adicional. Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por la Ayuda adicional que reciba. Esto también significa que debe seguir todas las normas y los procedimientos establecidos en la Evidencia de cobertura.

Consulte la siguiente tabla para obtener una descripción de su cobertura para medicamentos con receta.

<b>La prima mensual de su plan es</b>	<b>Su deducible anual es</b>	<b>El monto de su costo compartido para medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes no supera</b>	<b>El monto de su costo compartido para todos los demás medicamentos no supera</b>
<Insert applicable amount>*	<\$0/\$83>	<\$0/\$1.25/ \$3.35 /15 %>(cada medicamento con receta)	<\$0/\$3.70/ \$8.35/15 %> (cada medicamento con receta)

*[Sponsors: Please fill out the chart to reflect the deductible and cost sharing 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 an \$83 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 \$3.30 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 2017 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]*

\*La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que todavía deba pagar. La prima del plan que paga se calculó en función de la prima del plan y del monto correspondiente a la Ayuda adicional que recibe.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su 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 del 15 % o menos, el monto que paga por medicamento con receta puede ser distinto cada vez que obtenga un medicamento con receta.*

Además, si el monto del copago que figura en la Evidencia de cobertura es inferior al monto antes mencionado, deberá pagar el monto del copago que se indica en la Evidencia de cobertura. Por ejemplo, si el coseguro del 15 % para un medicamento genérico es de \$7.50 y la Evidencia de cobertura indica que el copago para un medicamento genérico es de \$5, usted deberá pagar \$5 por los medicamentos genéricos.]

*[Plan Benefit structure with \$0 generic co-payment that does not extend past the ICL should include the following statement: Cuando los montos que pagan usted u otras personas en su nombre alcanzan los \$<ICL>, usted comenzará a pagar [<\$1.25/\$3.35/15 %> (por los 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 para algunos medicamentos con receta complementarios que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. No obtendrá ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Los montos de copago/coseguro para estos medicamentos son los*

siguientes: *<Sponsors should insert their cost-sharing structure for supplemental drugs covered under their enhanced alternative prescription benefit.>*]

Además, el monto que usted paga cuando obtiene estos medicamento con receta, que no son de la Parte D (medicamentos complementarios), no se tiene en cuenta para su [deducible,] sus costos totales de los medicamentos o costos totales que paga de su bolsillo (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a aprovechar el beneficio ni a obtener cobertura en situaciones catastróficas). Comuníquese con *<insert “nosotros” or applicable title for “Servicio al cliente/para los miembros>* para averiguar a qué medicamentos se aplica esto. Nuestra información de contacto se encuentra al final de este aviso.]

Cuando el monto que usted y Medicare pagan (como la Ayuda adicional) alcanza los \$5,000 en un año, los montos de su copago se reducirán a *<\$0 por medicamento con receta/\$3.35 por medicamento genérico y de marca preferido de múltiples fuentes, u \$8.35 para todos los demás>*.

*[Sponsors: insert this statement for LIS members who have an increase in their cost-sharing, premium, and/or deductible level:* Las modificaciones en los costos de los medicamentos con receta comienzan a partir de la fecha de entrada en vigencia que figura al principio de esta carta. Es posible que esta fecha ya haya pasado cuando usted reciba esta carta. Si ha obtenido medicamentos con receta desde esta fecha, tal vez le hayan cobrado menos de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Además, si su prima aumentó, es posible que haya pagado un monto muy bajo. Si nos debe dinero, le haremos saber la cantidad. *<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:* Las modificaciones en los costos de los medicamentos con receta comienzan a partir de la fecha de entrada en vigencia que figura al principio de esta carta. Es posible que esta fecha ya haya pasado cuando usted reciba esta carta. Si ha obtenido medicamentos con receta o pagado primas desde esta fecha, tal vez le hayan cobrado más de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Si le debemos dinero, le enviaremos otra carta en la que le informaremos la cantidad. *<Insert detailed explanation of how plan will pay beneficiary back>*.]

Medicare o el Seguro Social evaluarán su elegibilidad en forma periódica para asegurarse de que usted siga reuniendo los requisitos para recibir Ayuda adicional, con el fin de afrontar los costos del plan para medicamentos con receta de Medicare. Es posible que su elegibilidad para recibir Ayuda adicional cambie si se produce alguna modificación en sus ingresos o recursos, si contrae matrimonio o pasa a ser soltero, o si pierde el beneficio de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con *[optional <nosotros> en]* *<Plan Name>*, *[optional <Servicios para los miembros>]* al *<Toll-free Number>*, *<Toll-free TTY Number>*, *<Days/Hours of Operation>*, o visite *<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)].*