

<LetterGenerationDate>

<MemberFirstName> <MemberLastName>
<MemberAddressLine1>
<MemberAddressLine2>
<MemberCity>, <MemberState> <MemberZipCode>

Member ID: <MemberID>

Fecha de entrada en vigencia: <EffectiveDateofLISEligibility> - EndDateOfLISEligibility

**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)**

Guarde este aviso, ya que forma parte de la Evidencia de cobertura de Community HealthFirst™ <PlanName>.

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 y los costos compartidos de los medicamentos con 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 que reciba. Esto también quiere decir 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.

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

*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.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

<Insert this statement for LIS members who qualify for the 15% co-insurance amount (LIS Level 4)>

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.

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>.

<Insert this statement for LIS members who have an increased cost (decrease level) in their cost-sharing and premium>

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. Le enviaremos una factura por el monto adeudado.

<Insert this statement for LIS members who have been LIS eligible and now have a decrease in their cost-sharing and premium (increase 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. Le enviaremos un cheque por la cantidad que le debemos.

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 Community HealthFirst Servicios para los miembros al 1-800-942-0247 (TTY deben llamar al 7-1-1), atendemos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite healthfirst.chpw.org.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas, y copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1).

Muchas gracias.

Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.