

<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)**

Guardé 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 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.

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/\$3.40/15%> (cada medicamento con receta)	<\$0/\$3.80/\$8.50/15%> (cada medicamento con receta)

H5826_OP_EN_030a_2019_v_01_Notice_LIS_SPA_C

*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.

[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 genérico.]]

Cuando el monto que usted y Medicare pagan (como la Ayuda adicional) alcanza los \$5,100 en un año, los montos de su copago se reducirán a <\$0 por medicamento con receta/\$3.40 por medicamento genérico y de marca preferido de múltiples fuentes, u \$8.50 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.

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.

.

1557 Non Discrimination Notice

Community Health Plan of Washington cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Plan of Washington no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Community Health Plan of Washington:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Appeals and Grievances Department (Departamento de reclamos y apelaciones).

Si considera que Community Health Plan of Washington no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Appeals and Grievances Department, por correo en 1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, por teléfono al 1-800-942-0247, por fax al 206-613-8984, o por correo electrónico en appealsgrievances@chpw.org. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Appeals and Grievances Department está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

1557 Non Discrimination Notice

Community Health Plan of Washington complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Plan of Washington does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Community Health Plan of Washington:

- Provides free assistance and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Appeals and Grievances Department

If you believe that Community Health Plan of Washington has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Appeals and Grievances Department, by mail at 1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, by phone at 1-800-942-0247, by fax at 206-613-8984, or by email at appealsgrievances@chpw.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Appeals and Grievances Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

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

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1).

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。1-800-942-0247 (TTY : 7-1-1)。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1).

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-942-0247 (телетайп: 7-1-1).

Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-942-0247 (телетайп: 7-1-1).

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1)។

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。

Multi-Language Insert

ግርግር (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-942-0247 (መስማት ለተሳናቸው: 7-1-1)።

Oroomiffa (Oromo/Cushite) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1)።

عربى (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-942-7420-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-1-7)።

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1)።

ພາສາລາວ (Lao/Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ມີຄ່າ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີຮັບປະກັນໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ: 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1)።

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-942-0247 (टिटिवाइ: 7-1-1)

မြန်မာ (Burmese) သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။
ဖုန်းနံပါတ် 1-800-942-0247 (TTY: (7-1-1)) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-942-0247 (TTY: 7-1-1)