



1 de enero de 2025

Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta, (también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)

Conserve este aviso. Forma parte de la Evidencia de cobertura de Mercy Care Advantage (HMO SNP).

Nuestros registros indican que usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional a fin de pagar la cobertura de los medicamentos con receta. Esto significa que usted recibirá ayuda para pagar su prima mensual y el costo compartido 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. Esto también significa que debe seguir todas las normas y procedimientos de la Evidencia de cobertura.

Consulte la tabla que figura a continuación para ver una descripción de su cobertura de medicamentos con receta:

Su prima mensual del plan es:	Su deducible anual es	Su monto de costo compartido para medicamentos de fuentes múltiples genéricos/preferidos no es más de	Su monto de costo compartido para todos los demás medicamentos no es más de
\$0*	\$0	\$0/\$1.60/\$4.90 (cada receta)	\$0/\$4.80/\$12.15 (cada receta)

* La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted pudiera tener que pagar. La prima del plan que usted paga se calculó a partir de la prima del Plan y del monto de ayuda adicional que recibe.

Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan.

Una vez que el monto que usted y Medicare pagan (como ayuda adicional) alcanza \$2,000 en un año, sus montos de copago se reducirán a \$0 por medicamento con receta cubiertos de la Parte D.



Los cambios en los costos de sus medicamentos con receta entrarán en vigencia en la fecha que se indica en la parte superior de esta carta. Es posible que esta fecha ya haya pasado cuando usted reciba la carta. Si obtuvo medicamentos con receta o pagó primas desde esa fecha, es posible que se le haya cobrado más de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Si le debemos dinero, le enviaremos una carta por separado para informarle cuánto le debemos. Le reembolsaremos los pagos en exceso mediante un cheque.

Medicare o el Seguro Social revisarán periódicamente su elegibilidad para asegurarse de que siga reuniendo los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional podría cambiar si se produce un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o queda soltero o si pierde Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**, (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. O visite nuestro sitio web en **MercyCareAZ.org**.