



2026 年 1 月 1 日生效

#### 承保說明書附加條款

適用於在支付處方藥費用方面獲得額外補助的人士  
(也稱為 **Low-Income Subsidy Rider** 或 **LIS Rider**)

請保留此通知 — 這是 Health Plan of San Mateo 之 CareAdvantage Dual Eligible Special Needs (DSNP) 承保說明書的一部分。

我們的記錄顯示，您有資格在支付處方藥承保費用方面獲得額外補助。這意味著，您將在支付每月保費、年度免賠額和處方藥費用分攤方面獲得補助。

作為我們計劃的會員，您將享受的承保範圍與未獲得額外補助的人士相同。您的計劃會員資格不會受到額外補助的影響。這也意味著您必須遵守承保說明書中的所有規則和規程。

請參閱下表，瞭解您的處方藥承保說明：

您的每月計劃保費為	您的年度免賠額為	您的仿製藥/首選多源藥物的費用分攤金額不超過	您所有其他藥物的費用分攤金額不超過
\$0	\$0	\$0/\$1.60/\$5.10 (每張處方)	\$0/\$4.90/\$12.65 (每張處方)

每月計劃保費不包括您可能仍需支付的任何 Medicare Part B 保費。您支付的計劃保費是根據計劃保費和您獲得的額外補助金額計算得出。

請參閱您的承保說明書，瞭解有關支付計劃保費的更多資訊。

如果您和 Medicare 支付（作為額外補助）的金額在一年內達到 \$2,100，對於承保的 Part D 藥物，您的共付額將降至每張處方 0 美元。

Medicare 或社會安全局將定期審查您的資格，確保您仍然有資格獲得 Medicare 處方藥計劃費用的額外補助。如果您的收入或資源發生變化，結婚或恢復單身，或者失去 Medicaid 保險，則您獲得額外補助的資格可能發生變化。

若您對本通知有任何疑問，請聯絡 CareAdvantage Unit，電子郵件：

[CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org), 電話 : **1-866-880-0606** 或 **650-616-2174** (TTY 1-800-735-2929 或撥打 7-1-1)。電話中心服務時間是週一至週日上午 8 點至晚上 8 點。

Field Code Changed