

CareAdvantage by



801 Gateway Blvd, Ste 100
South San Francisco, CA 94080

A partir del 1 de enero de 2025

**Anexo de Evidencia de Cobertura
para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos
recetados**

**(también llamado Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo
de LIS)**

Conserve este aviso, ya que es parte de la Evidencia de Cobertura del Plan Doble de Necesidades Especiales Elegibles (DSNP) de CareAdvantage de Health Plan of San Mateo.

Nuestros registros indican que usted califica para recibir ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que recibirá ayuda para pagar su prima mensual, deducible anual y costos compartidos de medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro plan, recibirá la misma cobertura que alguien 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 reglas y procedimientos de la Evidencia de Cobertura.

Consulte la tabla a continuación para obtener una descripción de su cobertura de medicamentos recetados:

La prima mensual de su plan es	Su deducible anual es	El monto de los costos compartidos para los medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes es de un máximo de	El monto de los costos compartidos para todos los demás medicamentos es de un máximo de
\$0	\$0	\$0/\$1.60/\$5.10 (cada receta)	\$0/\$4.90/\$12.65(cada receta)

La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que aún deba pagar. La prima del plan que usted paga se ha calculado en función de la prima del plan y la cantidad de ayuda adicional que recibe.

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

Una vez que la cantidad que usted **y** Medicare pagan (como ayuda adicional) alcanza los \$2,000 en un año, los montos de su copago se reducirán a \$0 por receta para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Medicare o el Seguro Social revisarán periódicamente su elegibilidad a fin de asegurarse de que aún califique para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional podría cambiar si hay un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o se queda soltero, o si pierde Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con CareAdvantage Unit por correo electrónico a careadvantagesupport@hpsm.org o llame al **1-866-880-0606** o **650-616-2174** (TTY **1-800-735-3000** o marque **7-1-1**). El horario del centro de llamadas es de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.