

تاریخ اجرا: سال تقویمی 2023

ضمیمه شواهد پوشش
برای اشخاصی که به منظور پرداخت هزینه داروهای نسخه دار کمکهای اضافی دریافت میکنند
(همچنین به نام ضمیمه یارانه کم دارامدی یا Rider LIS گفته میشود)

لطفاً این اطلاعیه را در کنار شواهد پوشش OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan نگاه دارید.

سوابق موجود نشان میدهند که شما واجد شرایط دریافت کمکهای اضافی برای هزینه داروهای نسخه دار هستید. این بدان معناست که برای پرداخت حق بیمه ماهانه و اشتراک هزینه داروی تجویزی خود کمک دریافت خواهید کرد.

به عنوان عضو برنامه ما، شما پوششی مانند اشخاصی که کمکهای اضافی دریافت نمیکند خواهید داشت. با دریافت کمکهای اضافی عضویت شما در برنامه تحت تاثیر قرار نمیگیرد. این همچنین به این معنی است که شما باید تمام قوانین و رویه های موجود در شواهد پوشش را دنبال کنید.

لطفاً برای توضیح در مورد پوشش داروهای نسخه دار به جدول زیر مراجعه نمایید:

مبلغ اشتراک هزینه شما برای داروهای دیگر بیش از مقدار زیر نیست	مبلغ اشتراک هزینه شما برای داروهای ژنریک/ و داروهای چند منبع بیش از مقدار زیر نیست	کسورات سالانه شما	حق بیمه ماهانه برنامه شما
\$10.35 (هر نسخه)	\$0 (هر نسخه)	\$0	*\$0

* حق بیمه ماهانه شما شامل حق بیمه بخش B مدیکر که باید هنوز پرداخت کنید، نمیشود. حق بیمه برنامه پرداختی شما بر اساس حق بیمه برنامه درمانی و مقدار کمکهای اضافی که دریافت میکنید، محاسبه شده.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حق بیمه که برای برنامه درمانی خود پرداخت میکنید به شواهد پوشش مراجعه نمایید.

ما برخی از مکملهای داروهای نسخه دار که به طور معمول تحت پوشش برنامه داروهای نسخه دار مدیکر نیستند را پوشش میدهیم. به منظور پرداخت برای این داروها شما کمکهای اضافی دریافت نمیکنید. مبلغ سهم پرداخت/ اشتراک بیمه شما برای این داروها به شرح زیر است: سهم پرداخت شما برای داروهای مکمل \$0 است.

علاوه بر این، مبلغی که هنگام پر کردن نسخه برای این داروهای غیربخش D (داروهای تکمیلی) میپردازید، به حساب هزینه های کل دارو یا مجموع هزینه های پرداختی توسط شما محاسبه نمیشود. یعنی مبلغی که می پردازید به شما کمکی نمی کند تا مزایا را کامل کنید یا به پوشش زمان اضطراری برسید. برای آگاهی از اینکه در مورد کدام داروها صدق میکند با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اطلاعات مربوط به تماس با ما در آخر این اعلامیه درج شده.

هنگامی که مبلغ پرداختی شما و مدیر (به عنوان کمک اضافی) به \$7,400 در سال برسد، مبلغ (های) پرداخت مشترک شما به کمتر از (\$0 برای هر نسخه) در هر سال می رسد.

مدیر یا خدمات اجتماعی (سوشیال سکيورتي) به طور دوره ای واجد شرایط بودن شما را بررسی میکنند تا مطمئن شوند که هنوز واجد شرایط دریافت کمک اضافی برای داروهای نسخه دار برنامه مدیر خود هستید. در صورت تغییر در درآمد یا منابع شما، ازدواج یا مجرد شدن، یا از دست دادن دیک اید، واجد شرایط بودن شما برای کمک اضافی ممکن است تغییر کند.

اگر در مورد این اعلامیه پرسشی دارید ، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare توسط **1-877-412-2734** (کاربران TTY باید با **711** تماس بگیرند) طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید یا به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan یک سازمان مزیتی مدیر (Medicare Advantage) با قرارداد مدیر است. ثبت نام در برنامه OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. برنامه OneCare طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. شما میتوانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره رایگان **1-877-412-2734** (TTY 711) با بخش خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید.

پیوست:

- لاورقی اعلامیه عدم تبعیض (Material ID: H5433_23MM003_C)
- لاورقی چند زبانه IR23_MM002_H5433_H7501