



발효 날짜: 2023 년 달력 연도

**처방약 추가 지원을 받는 사람들을 위한  
보장 설명 추서  
(Low Income Subsidy Rider (저소득 보조금 추서) 또는 LIS 추서라고도 함)**

본 공지서를 보관하십시오 - OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 의 혜택 설명서의 일부입니다.

저희 발효 날짜: 2023 년 달력 연도처방약 보장 비용을 지불하는 추가 지원에 자격이 있습니다. 이것은 월 보험료 및 처방약 비용 분담금 지불에 대한 도움을 받을 수 있음을 의미합니다.

저희 플랜의 회원으로서 추가 도움을 받지 않는 사람과 동일한 보장을 받게 됩니다. 추가 지원은 저희 플랜의 회원 자격에 영향을 주지 않습니다. 이것은 또한 혜택 설명서의 모든 규칙과 절차를 따라야 함을 의미합니다.

처방약 보장에 대한 설명은 아래 차트를 참조하십시오:

월간 플랜 보험료	연간 공제금액	일반/선호 다중 출처 약품에 대한 최대한 비용 분담 금액	다른 모든 약품에 대한 최대한 비용 분담 금액
\$0*	\$0	\$0 (처방전 마다)	\$10.35 (처방전 마다)

\*월간 플랜 보험료에는 여전히 지불해야 하는 메디케어 파트 B 보험료가 포함되어 있지 않습니다 귀하가 지불하는 플랜 보험료는 플랜 보험료와 귀하가 받는 추가 지원 금액을 기준으로 계산되었습니다.

플랜 보험료 납부에 대한 자세한 내용은 혜택 설명서를 참조하십시오.

저희는 메디케어 처방약 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 추가 처방약에 대한 보장을 제공합니다. 귀하는 이러한 약품 비용을 지불하는 데 추가 지원을

받을 수 없습니다. 이 약에 대한 귀하의 공동 부담금/공동 보험 금액은 다음과 같습니다: 추가 약품에 대한 공동 부담금은 \$0 입니다.

또한, 이러한 비 파트 D 약품(추가 약품)에 대한 처방전을 조제할 때 귀하가 지불하는 금액은 총 약 비용 또는 총 본인 부담 지출(즉, 귀하가 지불하는 금액이 혜택을 받기 위해 이동하거나 치명적인 보장에 도달하는 데 도움이 되지 않습니다). 어떤 약에 적용되는지 알아보려면 고객 서비스에 문의하십시오. 저희 연락처 정보는 이 통지서의 끝에 나타납니다.

귀하와 메디케어가 (추가 지원으로) 지불하는 금액이 1 년에 \$7,400 에 도달하면, 귀하의 부담 금액은 처방전당 \$0 이 됩니다.

메디케어 또는 사회 보장은 귀하가 메디케어 처방약 플랜 비용에 대한 추가 지원 자격이 되는지 확인하기 위해 정기적으로 귀하의 자격을 검토할 것입니다. 소득이나 자산에 변화가 있거나, 결혼하거나, 독신이 되거나, 메디케이드를 상실한 경우 추가 지원 자격이 변경될 수 있습니다.

본 서신에 대해 질문이 있다면, OneCare 고객 서비스 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 사용자는 **711**)번으로 주 7 일 24 시간 연락하거나 또는 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 는 메디케어와 계약한 메디케어 어드밴티지 (Medicare Advantage) 단체입니다. OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다. OneCare 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별 대우하지 않습니다. OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.

동봉:

- 차별대우 금지 삽입 (Material ID: H5433\_23MM003\_C)
- 다국어 삽입 IR23\_MM002\_H5433\_H7501