



Fecha de vigencia: para el año 2023

**Cláusula a la Evidencia de cobertura
para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar por los
medicamentos recetados (también conocido como Subsidio por bajos
ingresos o LIS Rider, en inglés)**

Guarde este aviso, ya que forma parte de la Evidencia de cobertura de OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan.

Nuestros registros indican que usted reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de sus medicamentos recetados. Esto significa que obtendrá ayuda para pagar la prima mensual y los costos compartidos de los medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro plan, recibirá la misma cobertura que una persona que no recibe Ayuda adicional. Su afiliación en nuestro plan no se verá afectada por la Ayuda adicional que reciba. Esto también significa que debe seguir todas las normas y los procedimientos establecidos en la Evidencia de cobertura.

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

Su prima mensual del plan es	Su deducible anual es	El monto de su costo compartido para medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes no supera	El monto de su costo compartido para todos los demás medicamentos no supera
\$0*	\$0	\$0 (por cada medicamento recetado)	\$10.35 (por cada medicamento recetado)

* La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que todavía debe pagar. La prima del plan que paga se calculó en función de la prima del plan y el monto correspondiente a la Ayuda adicional que recibe. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan.

Ofrecemos cobertura para algunos medicamentos recetados complementarios que normalmente el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre. No obtendrá Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Los montos de su copago/coseguro para estos medicamentos son los siguientes: su copago para los medicamentos complementarios es de \$0.

Además, el monto que usted paga cuando obtiene estos medicamentos recetados, que no son de la Parte D (medicamentos complementarios), no se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos o los costos totales que paga de su bolsillo (es decir, el monto que usted paga no le ayuda a aprovechar el beneficio ni avanzar al nivel de cobertura catastrófica). Llame a Servicios para Miembros para averiguar a qué medicamentos se aplica esto. Nuestra información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Cuando el monto que usted y Medicare pagan (como la Ayuda adicional) alcance un total de \$7,400 en el año, el monto de su copago se reducirá a \$0 por cada medicamento recetado.

Medicare o el Seguro Social evaluarán su elegibilidad en forma periódica para asegurarse de que siga reuniendo los requisitos para recibir la Ayuda adicional, con el fin de afrontar los costos del plan para medicamentos recetados de Medicare. Es posible que su elegibilidad para recibir Ayuda adicional cambie si se produce algún cambio en sus ingresos o recursos, si contrae matrimonio o cambia su estado conyugal, o si pierde el beneficio de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame a Servicios para Miembros de OneCare al **1-877-412-2734** (usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana o en **www.caloptima.org/OneCare**.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Anexos:

- Aviso de no discriminación (Material ID: H5433_23MM003_C)
- Aviso de ayuda lingüística IR23_MM002_H5433_H7501