

生效日期: 2010 年 1 月 1 日

2010 年低收入補助計劃 (Low Income Subsidy/簡稱 LIS) 附件

向獲得處方藥付款額外幫助的人提供的「保險項目證明附件」

因爲本通知是 Alliance CompleteCare 「保險項目證明」的一部份，請保存本通知。

我們的記錄顯示，您有資格在處方藥保險項目的付款方面獲得額外幫助。意思是，您將在支付每月保費及處方藥共付費方面獲得幫助。

作爲本項計劃的成員，您的保險項目與不接受額外幫助的會員相同。您在本項計劃的會員資格不會因爲您在處方藥保險項目的付款方面接受額外幫助而受到影響。這還表示，您必須遵守「保險項目證明」中的所有規定及程序。

請參閱下表中有關您的處方藥保險項目的說明：

您的每月計劃保費	您的年度自付款	您的非專利藥/首選多種來源藥品的共付費不得超過	您的所有其他藥品的共付費不得超過
\$0*	\$0	\$0 (每張處方)	\$3.30 (每張處方)

* 這是每月計劃保費，不包括您可能仍然需要支付的 Medicare Part B 保費。您支付的計劃保費依照計劃保費及您獲得的額外幫助數額計算。

有關您的計劃保費付款的詳情，請參閱您的「保險項目證明」。

一旦您本人及/或代表您付款的其他人支付的數額達到 2,830 美元，您就開始爲非專利藥及首選多種來源藥品支付 1.10 美元。

我們爲 Medicare Prescription Drug 計劃通常不保的某些處方藥提供附加保險。您不會爲此類藥品獲得任何額外幫助。您爲這類藥品支付的共付款/共同保費爲：每張處方 0 美元。

此外，您在配取此類處方藥時為這些不屬於 D 部分的藥支付的費用不計入您的總藥費或總自付數額開支（即您支付的數額不會幫助變更您的福利狀況或達到重大傷病保賠的標準）。請電洽客戶服務部，瞭解此項規定適用於哪些藥品。

一旦您及 Medicare（作為額外幫助）支付的數額在一年中達到 4,550 美元，您的每張處方的共付費將降低為 0 美元。

Medicare 或社會安全局（Social Security）將定期審查您的資格，以便核實您仍然有資格獲得 Medicare 處方藥計劃費用額外幫助。如果您的收入或來源發生變化或者您結婚或變成單身，或您喪失 Medicaid（Medi-Cal），您接受額外幫助的資格可能發生變化。

如果您對本通知有任何問題，請聯繫 Alliance CompleteCare 客戶服務部，電話號碼 1-877-585-PLAN (7526)，TTY 1-888-747-1574，營業時間為每週七天上午八時至下午八時。