



Headquarters:
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Community Outreach Center:
475 14th Street, Suite 730
Oakland, CA 94612

Tel: 1-877-585-PLAN (7526)
TTY: 1-888-747-1574
www.alliancecompletecare.org

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2010

Cláusula adicional sobre el subsidio de bajos ingresos (LIS) de 2010

Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para las personas que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados

Conserve este aviso como parte de su Evidencia de Cobertura de Alliance CompleteCare.

Nuestros archivos muestran que usted califica para recibir ayuda adicional con respecto al pago de su cobertura de medicamentos recetados. Esto quiere decir que usted obtendrá ayuda para pagar la prima mensual y los copagos de los medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro plan, usted recibirá la misma cobertura que las personas que no reciben la ayuda adicional. Su membresía a nuestro plan no se verá afectada por la ayuda adicional que reciba. Esto también significa que debe seguir todas las reglas y los procedimientos incluidos en la Evidencia de Cobertura.

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

La prima mensual de su plan es	Su deducible anual es	La cantidad de su copago por medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes es de no más de	La cantidad de su copago por todos los demás medicamentos es de no más de
\$0*	\$0	\$0 (cada medicamento recetado)	\$3.30 (cada medicamento recetado)

* La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que es probable que tenga que pagar. La prima del plan que usted paga se ha calculado de acuerdo con las primas del plan y la cantidad de ayuda adicional que recibe.

Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre el pago de las primas de su plan.

Una vez que las cantidades pagadas por usted y/o por otras personas en su nombre alcancen un total de \$2,830, usted comenzará a pagar \$1.10 por los medicamentos genéricos y preferidos de múltiples fuentes.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que no están normalmente cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Usted no recibirá ayuda adicional para pagar estos medicamentos. La cantidad de copago/coseguro que debe pagar por estos medicamentos es la siguiente: \$0 por medicamento recetado.

Además, la cantidad que paga cuando surte un medicamento de los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D no se cuenta para el costo total de los medicamentos o los gastos totales de desembolso directo (es decir, la cantidad que usted paga no ayuda a acercarlo al beneficio o alcanzar la cobertura catastrófica). Llame al Servicio al Cliente para averiguar a qué medicamentos se aplica lo explicado anteriormente.

Una vez que la cantidad que usted y Medicare pagan (en concepto de ayuda adicional) alcance un total de \$4,550 en un año, la cantidad de su copago se reducirá a \$0 por medicamento recetado.

Medicare o el Seguro Social revisarán con regularidad su elegibilidad para asegurarse de que continúe calificando para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional podría cambiar si se produce un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o se divorcia, o si pierde la cobertura de Medicaid (Medi-Cal).

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de Alliance CompleteCare al 1-877-585-PLAN (7526), TTY 1-888-747-1574, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.