

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2020

**Cláusula de Evidencia de cobertura  
para personas que obtienen ayuda adicional  
para pagar medicamentos recetados  
(también llamada Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS)**

Guarde este aviso, es parte de la *Evidencia de cobertura* de Magellan Complete Care of Arizona, Inc. (MCC of AZ) (HMO SNP).

Nuestros registros indican que usted califica para la ayuda adicional para el pago de su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que recibirá ayuda para pagar su prima mensual y su costo compartido de medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro plan, recibirá la misma cobertura que una persona que no tenga la ayuda adicional. Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por esta ayuda adicional. Esto significa que debe seguir todas las reglas y los procedimientos de la *Evidencia de cobertura*.

Consulte la tabla a continuación para acceder a una descripción de su cobertura de medicamentos recetados:

<b>Su prima mensual del plan es</b>	<b>Su deducible anual es</b>	<b>Su monto de costo compartido para medicamentos genéricos/preferidos de varias fuentes no es superior a</b>	<b>Su monto de costo compartido para todos los demás medicamentos no es superior a</b>
\$0	\$0	\$0/\$1.30/\$3.60 (cada receta)	\$0/\$3.90/\$8.95 (cada receta)

\*La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que puede que deba pagar. La prima del plan que usted paga se ha calculado en función de la prima del Plan y la cantidad de ayuda adicional que recibe.

Para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Además, el monto que paga cuando surte un receta para estos medicamentos que no pertenecen a la Parte D (medicamentos suplementarios) no se computará en su deducible, costos totales por medicamentos y gastos totales de desembolso (es decir, el monto que usted pague no contribuye a que llegue al beneficio o alcance la cobertura catastrófica). Comuníquese con Servicios para Miembros para saber a qué medicamentos se aplica esto. Nuestra información de contacto se encuentra la final de este aviso.

Una vez que el monto que usted y Medicare paguen (como la ayuda) llegue a \$6,350 en un año, los montos de su(s) copago(s) bajarán a cero (\$0.00). Medicare o el Seguro social revisarán de manera periódica su elegibilidad para asegurarse de que aún califique para la ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para la ayuda adicional podría

cambiar si hubiera un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o vuelve a estar soltero, o si pierde Medicaid.

Si tiene dudas sobre este aviso, comuníquese con Servicios para Miembros de MCC of AZ (HMO SNP) al 1-800-424-4509 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana) o en [www.mccofaz.com/dsnp](http://www.mccofaz.com/dsnp).

Magellan Complete Care of Arizona, LLC (MCC of AZ) (HMO SNP) es un plan de atención médica administrada con un contrato de Medicare Advantage. La inscripción en MCC of AZ (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.