



Fecha efectiva: 1 de enero de 2025

**Hamaspik Medicare Select  
Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional  
para Pagar por Medicamentos Recetados  
(también denominado una Cláusula de Subsidio de Bajos Ingresos o Cláusula LIS)**

Conserve esta notificación: es parte de su Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Select. Nuestros registros indican que usted califica para obtener ayuda adicional con el pago para su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que usted obtendrá ayuda para pagar su prima mensual y el reparto de costos de medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro Plan, usted recibirá la misma cobertura tal como alguien que no consigue ayuda adicional. Su membresía en nuestro Plan no se verá afectada por la ayuda adicional. Esto también significa que usted debe seguir todas las normativas y procedimientos en la Evidencia de Cobertura.

Observe el cuadro debajo para conocer 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 reparto de costos para medicamentos genéricos o de preferencia multifuente no supera los</b>	<b>Su monto de reparto de costos para todos los demás medicamentos no supera los</b>
\$0	\$0	\$0 o \$1.60. (por cada prescripción)	\$0 o \$4.80. (por cada prescripción)

\* La prima de plan mensual no incluye cualquier prima de la Parte B de Medicare que usted aún deba pagar. La prima del plan que usted paga se ha calculado en base a la prima del Plan y el importe de ayuda adicional que obtiene.

Refiérase a su Evidencia de Cobertura para más información respecto al pago de su prima del plan.

Una vez que la cantidad que usted y Medicare pagan (como ayuda adicional) alcance los \$2,000 en un año, el monto de su copago se reducirá a \$0 por receta para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Los cambios en los costos de sus medicamentos recetados comienzan a partir de la fecha de vigencia indicada en la parte superior de esta carta. Es posible que esta fecha ya haya pasado cuando reciba esta carta. Si ha surtido recetas a partir de esta fecha, es posible que se le haya cobrado menos de lo que debería haber pagado como miembro de nuestro plan. Si nos debe

## Cláusula Adicional LIS Parte D 2025

dinero, le enviaremos una factura para indicarle el monto, incluidas las instrucciones para realizar cualquier pago adeudado.

Medicare o la Previsión Social revisarán periódicamente su elegibilidad para asegurarse que usted aún califique para ayuda adicional con sus costos de planes de medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para ayuda adicional puede cambiar si se presenta un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o queda soltero/a, o pierde Medicaid.

Si tiene alguna pregunta respecto a este aviso, contacte a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2025. Desde el 1 de abril de 2025 al 30 de septiembre de 2025, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

También puede encontrar más información en nuestro sitio web en [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com).

---

Hamaspik Medicare Select también tiene servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés. También puede encontrar este documento en otros formatos: con letra grande y en Braille, y en otros idiomas, como español.

If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-426-2774. (TTY: 711)

Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-426-2774. (TTY: 711)

Hamaspik Medicare Select es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Hamaspik Medicare Select depende de la renovación del contrato. Hamaspik Medicare Select es patrocinado por Hamaspik, Inc.

H0034\_HMSLIS0824\_C