

Subsidio por bajos ingresos

Es posible que pueda recibir ayuda adicional del gobierno para su plan de Freedom Health con cobertura para medicamentos recetados.

Es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar una parte o el costo total de sus medicamentos recetados, según las pautas establecidas por el gobierno federal. Puede solicitar esta ayuda a través de la Administración del Seguro Social o una Oficina de Asistencia Médica del estado. La cantidad de asistencia que reciba, si cualquier, dependerá de sus ingresos y recursos y será determinada por el gobierno federal.

Si cree que podría reunir los requisitos para obtener ayuda, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY/TDD 1-800-325-0778), de lunes a viernes de 7.00 a. m. a 7.00 p. m., o visite el sitio web del Seguro Social. El proceso de solicitud de la Administración del Seguro Social ofrece la decisión más expeditiva. (También puede acudir a la oficina local de la Administración del Seguro Social o Medicaid para presentar su solicitud).

Para ver la política del programa de Medicare sobre la evidencia de elegibilidad para el subsidio de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), visite la página “Mejor Evidencia Disponible” (Best Available Evidence) en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Si sabe que califica para o ya está recibiendo ayuda para pagar su plan de medicamentos recetados de Medicare, obtenga información sobre cuánto deberá pagar por sus medicamentos de la Parte D como miembro de un plan de Freedom Health. Freedom Health, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Freedom Health, Inc. konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks. Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-401-2740 (TTY: 711). Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-401-2740 (TTY: 711). Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. EST. Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. EST.

Copagos para sus medicamentos cubiertos de la Parte D si califica para recibir ayuda

Nivel de LIS	Código MBD (Código de Categoría)	Código de plan	Categoría de ingresos	Deducible	Etapa de Cobertura Inicial	Brecha de Cobertura	Catastrófico
I	2	902 (100)	< o = nivel de pobreza federal	\$0	\$1.45 genéricos/\$4.30 de marca	\$1.45 genéricos/\$4.30 de marca	\$0
II	1	901 (100)	<135% o >100% del	\$0	\$4.15 genéricos/\$10.35 de marca	\$4.15 genéricos/\$10.35 de marca	\$0
III	4	904 (025, 050, 075, 100)	<150% de FPL	\$104	15%	15%	\$4.15 genéricos/\$10.35 de marca
Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE) para individuos institucionalizados	3	903 (100)	FBDE para individuos institucionalizados	\$0	\$0	\$0	\$0

075, 050, 025 y 100 representan el nivel del subsidio