

JOSEPH A. CASTELLUCCI  
Superintendent

RICHARD J. HOOYMAN  
President

MARK MALLET  
Business Administrator/Board Secretary

GARY PLAYFORD  
Vice-President

**Board of Education**  
**Lower Cape May Regional School District**  
687 Route 9 Cape May, New Jersey 08204  
(609) 884-3475 Fax: (609) 884-7067

---


CITY OF CAPE MAY

TOWNSHIP OF LOWER

BOROUGH OF WEST CAPE MAY

---

## MEMO

TO: All Staff  
FROM: Mark Mallett   
DATE: September 14, 2021  
RE: **Creditable Coverage Disclosure Notice 2021**

---

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) regulation requires the District to provide notice of creditable coverage to Medicare Part D to eligible individuals by October 15, 2021. This is to make you aware that the District prescription plan is equal to or better than Medicare, and that Medicare is secondary until you are retired and turn 65. Medicare becomes your primary at the age of 65.

Attached is the Creditable Coverage Disclosure to CMS Guidance and the important Notice About Your Prescription Drug Coverage and Medicare.

If you have any questions or comments regarding this, please contact Tracy Stocker-Lloyd at ext. 252 or me at ext. 206. Thanks.

## **CREDITABLE COVERAGE DISCLOSURE TO CMS GUIDANCE**

### **INTRODUCTION**

The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) added a new prescription drug program to Medicare. Regulations to implement Medicare prescription drug coverage were published January 28, 2005 (70 Fed. Reg. 4193 (2005)). This guidance pertains to section 1860D-13 of the MMA and 42 CFR §423.56(e).

Under those provisions, most entities that currently provide prescription drug coverage to Medicare Part D eligible individuals must disclose to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) whether the coverage is “creditable prescription drug coverage” (Disclosure to CMS). Disclosure to CMS is required whether the entity’s coverage is primary or secondary to Medicare. Entities that must comply with these provisions are listed at 42 CFR §423.56(b) and are also referenced on the creditable coverage homepage at <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage>. However, entities that contract with Medicare directly as a Part D plan or that contract with a Part D plan to provide qualified prescription drug coverage are exempt from the disclosure to CMS requirement. See 42 CFR 423.56(e).

42 CFR §423.56(e) states that CMS will provide additional information concerning the disclosure to CMS, including the required form and manner of disclosure. This guidance provides such additional information concerning those rules, including the form, manner, and timing of providing the disclosure to CMS.

### **OVERVIEW OF REGULATORY REQUIREMENTS**

#### *Creditable Coverage Definition and Determination*

As defined at 42 CFR §423.56(a), drug coverage is creditable if the actuarial value of the coverage equals or exceeds the actuarial value of standard Medicare prescription drug coverage, as demonstrated through the use of generally accepted actuarial principles and in accordance with CMS actuarial guidelines. In general, this actuarial determination measures whether the expected amount of paid claims under the entity’s prescription drug coverage is at least as much as the expected amount of paid claims under the standard Medicare prescription drug benefit. See 70 Fed. Reg. 4225 (2005).

This determination is identical to the first step (the “gross test”) in calculating actuarial equivalence for purposes of 42 CFR §423.884, which applies when an employer or union applies for the Retiree Drug Subsidy (RDS). The gross test does not take into account the extent to which the coverage is financed by the beneficiary or by the entity. See 42 C.F.R. §423.884(d)(5)(ii)(A).

For plans that have multiple benefit options, the regulation requires that entities apply the gross test separately for each benefit option. See 42 CFR §423.884(d)(5)(iv). A “benefit option” is defined at 42 CFR §423.882 as a particular benefit design, category of benefits, or cost-sharing arrangement offered within a group health plan, such as different categories of benefits and different plan design options under a given type of coverage (e.g., HMO, PPO, Indemnity). Benefit options are referenced on the Disclosure to CMS Form as “Options”.

For purposes of the disclosure to CMS, we require a separate Disclosure to CMS Form for each type of coverage sponsored by an entity (e.g., Medicaid, SPAP, Employer Plan, Church Plan, Standardized Medigap Plan, Pre-standardized Medigap Plan).

### **III. POLICY GUIDANCE**

The following are clarifications and other guidance relating to the above requirements.

#### **Creditable Coverage Disclosure to CMS Form from Entity to CMS**

42 CFR §423.56(e) requires all entities described in 42 CFR §423.56(b) to disclose to CMS whether the prescription drug coverage that is offered to a Medicare Part D eligible individual is creditable or non-creditable.

#### **Form and Manner of Creditable Coverage Disclosure to CMS from Entity**

An entity is required to provide a disclosure to CMS through completion of the Disclosure to CMS Form (Form CMS-10198) posted on the CMS Creditable Coverage Web Page at [http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/45\\_CCDisclosureForm.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/45_CCDisclosureForm.asp#TopOfPage). This method of transmission is convenient and will take minimal time to complete, and is the sole method for compliance with the requirement, unless the entity does not have internet access.

There are required data fields on the Disclosure to CMS Form that must be populated in order to generate a disclosure to CMS. For detailed descriptions of these data fields and instructions on how to complete the Disclosure to CMS Form, please reference the Disclosure to CMS Form Instructions which are posted on the CMS website at: <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage>.

#### **Who Must Provide the Disclosure to CMS Form**

The Disclosure to CMS Form is required to be provided to CMS by certain entities listed at 42 CFR §423.56(b) that are not excluded at §423.56(e). These entities include:

1. Group health plans, including those offered by employers; union/Taft-Hartley plans; church plans; Federal, State and local government plans; and other group-sponsored plans;

2. Government sponsored plans, including Medicaid; State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs); State High Risk Pools;
3. Military coverage, including the United States Department of Veterans Affairs (VA) coverage and TRICARE;
4. Individual health insurance;
5. Indian Health Service; Tribe or other Tribal Organizations; Urban Indian Organizations; and
6. Medigap (Medicare Supplement) plans, including standardized plans H, I or J; pre-standardized plans; waiver State plans; and plans with innovative benefits.

The entities exempted under 42 CFR §423.56(e) include PDPs, MA-PDs, and PACE or cost-based HMOs or CMPs that provide “qualified Part D coverage” as defined in 42 CFR §423.100.

42 CFR §423.884(c)(2)(iv) requires that a Plan Sponsor provide an attestation that its prescription drug coverage is at least actuarially equivalent to the standard prescription drug coverage under Part D as part of the application for the Retiree Drug Subsidy (RDS). Therefore, because the actuarial equivalence standard includes the creditable coverage standard, a sponsor that has been approved for the RDS is exempt from filing the Disclosure to CMS Form with respect to those qualified covered retirees for which the Sponsor is claiming the RDS. The sponsor’s RDS application serves as its Disclosure to CMS under 42 CFR §423.56(e). For example: If a plan option has 100 retired beneficiaries and the plan claims RDS for 97 of them, the plan must report the 3 non-RDS participants on the Disclosure to CMS form, in addition to the non-RDS participants on other plan options.

#### **Timing of Creditable Coverage Disclosure to CMS Form from Entity**

The Disclosure to CMS Form must be submitted to CMS on an annual basis, and upon any change that affects whether the drug coverage is creditable.

At a minimum, the Disclosure to CMS Form must be provided at the following times:

1. For Plan Years that ended in 2006, the Disclosure to CMS Form had to be provided no later than March 31, 2006;
2. For Plan Years that end in 2007 and beyond, the Disclosure to CMS Form must be provided within 60 days after the beginning date of the Plan Year for which the entity is providing the Disclosure to CMS Form;
3. Within 30 days after the termination of the prescription drug plan; and
4. Within 30 days after any change in the creditable coverage status of the prescription drug plan.

#### **Additional Guidance**

CMS may release Questions and Answers relating to Creditable Coverage issues from time to time under the Questions link on the CMS website at: <http://www.cms.hhs.gov/>.

#### **IV. CONTACT FOR FURTHER INFORMATION**

You should visit the CMS website link related to creditable coverage issues at:  
<http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage>

## **Aviso Importante de [Inserte el Nombre de la Entidad] Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare**

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con [Inserte el Nombre de la Entidad] y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. [Inserte el Nombre de la Entidad] ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el [Inserte el Nombre del Plan] en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

## **¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

## **¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] puede [o no puede] ser afectada. [La Entidad que proporciona este aviso de divulgación debe insertar una explicación sobre las provisiones y opciones, bajo el plan de la entidad en particular, que tienen disponibles los individuos con Medicare cuando son elegibles a la Parte D de Medicare (ejemplo, ellos pueden quedarse con la cobertura del plan si escogen la Parte D y este plan coordinará la cobertura con la Parte D de Medicare. La cobertura bajo el plan de la entidad terminará para el individuo y sus dependientes si escogen la cobertura con la Parte D de Medicare). Vea las páginas 7-9 de la Guía CMS "Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare" (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.]

Si cancela su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan [Aseguradores de Medigap deben sustituir "puedan" con "no puedan" ] obtener su cobertura de nuevo.

## **¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

### **Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...**

Llame a nuestra oficina para más información [o llame [Inserte Contacto Alterno] al [(XXX) XXX-XXXX]. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con [Inserte el Nombre de la Entidad] cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...**

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).**

[Inserte esta opción - Las entidades pueden elegir e incluir la siguiente caja de texto con información si así lo desean para proporcionar una notificación personalizada de la divulgación.]

Nombre de la persona con Medicare elegible: [Insertar el nombre completo]  
Fecha de nacimiento de la persona o número de miembro único: [Insertar la fecha de nacimiento], o [número de miembro]

La persona mencionada anteriormente ha estado cubierta bajo la cobertura acreditable de medicamentos recetados para los siguientes intervalos de tiempo que se produjeron después del 15 de mayo de 2006:

De: [Inserte MM / DD / AA] A: [Inserte MM / DD / AA]  
De: [Inserte MM / DD / AA] A: [Inserte MM / DD / AA]

Fecha:	[Inserte Mes/Día/Año]
Nombre de la Entidad/Remitente:	[Inserte el Nombre de la Entidad]
Contacto--Puesto/Oficina:	[Inserte Puesto/Oficina]
Dirección:	[Inserte la Calle y el Número, Ciudad, Estado y Código Postal de la Entidad]
Número de Teléfono:	[Inserte el Número Telefónico de la Entidad]