Shape

Description automatically generated with medium confidence

[ReturnPriorityAddress2], [ReturnPriorityCity], [ReturnPriorityState] [ReturnPriorityZip]

[DATE]

[(If F108=M, populate)[F101]]

[(If F108=L, populate)[F109]]

[F8] [F9] [F10] **RxID: [F54]**

[F102] **RxGroup: [F14]**

[F103] **RxBin:** **[F11]**

[F104], [F105] [F106]-[F107] **RxPCN: [F12]**

Estimado/a [F8] [F10]:

**A partir del [F79] usted ya no calificará para recibir Ayuda Adicional con sus costos de medicamentos recetados de Medicare.** Usted seguirá siendo miembro de [PlanName].

**¿Cómo cambiará su prima mensual?**

La prima mensual que usted paga a [PlanName] cambiará de [F80] a [F62]. [(If F23=S or R, populate)Ya que su prima es deducida de su cheque mensual del Seguro Social/Junta de Jubilación de Ferroviarios, el monto retenido de su cheque cambiará.]

**¿Cómo cambiarán sus otros costos de medicamentos recetados?**

La siguiente tabla muestra el monto del copago/coseguro que usted paga por sus medicamentos recetados cubiertos cuando está en su **Etapa de Cobertura Inicial.** [(if PreferredRetail=Yes, populate the following)Están incluidos sus costos de las farmacias que ofrecen costo compartido preferente (**P**) y de las farmacias que ofrecen costo compartido estándar (**S**).]

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficios** | **Plan [PlanName] de [PlanYear]** |
| Deducible | [(if Deductible=No, populate)$0.00][( if Deductible=Yes, populate)[DeductibleAmount]] |
| Genéricos Preferentes | [(if PreferredRetail=No, populate)[ICLPRCSAmount1]] [(if PreferredRetail=Yes, populate)[ICLPRCSAmount1] **P** / [ICLNPRCSAmount1] **S**] |
| Genéricos | [*Same variables as above*] |
| Marca Preferente | [*Same variables as above*] |
| Medicamentos No Preferentes | [*Same variables as above*] |
| Nivel de Especialidad | [ICLPRCSAmount1] |
| Límite de Cobertura Inicial | Hasta [ICLMaximum] del costo total de medicamentos |
| Beneficios de la Brecha de Cobertura | Comienza después de [ICLMaximum] hasta [CoverageGapMax] en costo real de bolsillo |

***El precio en la tabla corresponde a un suministro de 30 días en una farmacia al detal de la red.***

Una vez que usted gaste [CoverageGapMax] en un año, el monto de su copago/coseguro se reducirá. Usted pagará [CMSCCGenCoPay] por medicamentos genéricos o preferentes y [CMSCCBrandCoPay] por cualquier otro medicamento, o el 5% de coseguro, la cantidad que sea mayor, durante el resto del año.

Estos cambios en sus costos de medicamentos recetados comienzan el [F79]. Esta fecha podría haber pasado ya cuando usted reciba esta carta. Si usted ha surtido recetas desde [F79], usted podría haber pagado menos de lo que debió haber pagado. Si usted nos debe dinero, le haremos saber cuál es la cantidad.

[(If F138=D, populate)

Usted todavía puede calificar para recibir Ayuda Adicional, pero debe solicitar para saberlo.Si no ha llenado aún una solicitud de Ayuda Adicional, obtenga una o solicite por teléfono llamando al Seguro Social al [CPSSAPhone], de [SPCPSSHours], de lunes a viernes, o solicite en línea en [SPSSURL]. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CPSSATTY].]

**¿Cuáles son sus opciones?**

**Opción 1:** Usted puede seguir siendo miembro de nuestro plan

Usted puede seguir siendo miembro de [PlanName]. Usted pagará los costos descritos arriba para su cobertura.

**Opción 2:** Usted puede cambiarse a un nuevo plan

Puesto que usted ya no califica para recibir Ayuda Adicional, usted puede cambiarse a un plan diferente de Medicare a partir del [F79] hasta [(If F79=January 1, populate)31 de marzo de [PlanYear]][( If F79 is NOT January 1, populate)F79+60]. Quizás usted prefiera elegir un plan diferente de medicamentos para el próximo año con costos y cobertura que mejor se adapten a sus necesidades.

Visite [SPMedicareURL] en la red o llame al 1-800-MEDICARE ([MedicareNumber]), [SpanishMedicareHours] para obtener más información sobre los planes de medicamentos de Medicare disponibles en su área. Los usuarios de teléfono de texto deben llamar al [CPMedicareTTY].

**Opción 3:** Usted puede encontrar otras formas de recibir ayuda con los costos de sus medicamentos recetados

Su estado podría tener programas que ayudan a pagar sus costos de medicamentos recetados. Comuníquese con su oficina de Asistencia Médica del Estado (Medicaid) para obtener más información. Llame al 1-800-MEDICARE ([MedicareNumber]), [SpanishMedicareHours], o visite [SPMedicareURL] en la red para obtener su teléfono. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CPMedicareTTY].

[(If F138=A, populate)

**Qué hacer si su situación cambia**

Usted puede presentar una nueva solicitud de Ayuda Adicional en cualquier momento. Usted puede obtener una solicitud o solicitar por teléfono llamando al Seguro Social al [CPSSAPhone], de [SPCPSSHours], de lunes a viernes, o solicite en línea en [SPSSURL]. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CPSSATTY].

**Si usted está en desacuerdo con esta decisión**

Si usted cree que su Ayuda Adicional fue cancelada por error, usted puede llamar al Seguro Social para apelar la decisión al [CPSSAPhone], de [SPCPSSHours], de lunes a viernes. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CPSSATTY].]

**Para obtener más información**

En caso de preguntas sobre esta carta, comuníquese con Cuidado al Cliente al 1-866-808-7463, [SpanishCustomerCareHours]. Los usuarios de teléfono de texto (TTY/TDD) deben llamar al [CustomerCareTTY].

Gracias.

La red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener una descripción completa de beneficios del plan, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y disponibilidad del plan podrían cambiar de acuerdo con el área de servicio.

Los miembros que reciben "Ayuda Adicional" no están obligados a surtir sus recetas en farmacias preferentes de la red para recibir los copagos del Subsidio de Bajos Ingresos (LIS).