A picture containing font, text, graphics, logo

Description automatically generated

P.O. Box 30006, Pittsburgh, PA 15222-0330

**Información Importante sobre el Plan**

<First Name> <Last Name>

<Mailing Address 1>

<Mailing Address 2>

<City>, <State> <ZIP>

<Date>

Estimado/a <First Name> <Last Name>,

Prepárese para el 2025

[{*If Enrollment Confirmed = NO, insert the following*} Nota: Si eligió una cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que no es [{*If carrier = 9368, 9596, or 9597, print*} para] [{*For all other carriers print*} patrocinada por <Client Name>, simplemente haga caso omiso de esta carta.]

Bienvenido a [{*If Carrier =* *9350, 9351, 9352, 9354, 9356, 9357, 9358, 9359, 9361, or 9364, print*} Aetna Medicare Rx ofrecido por SilverScript Employer PDP, su plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare patrocinado por <Client Name>] [{*If Carrier = 9368, print*} Aetna Medicare Rx ofrecido por SilverScript Employer PDP, su plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para <Client Name>] [{*If Carrier = 9596 or 9597, print*} SilverScript Employer PDP, su plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para <Client Name> (SilverScript)] [{*For all other carriers, print*} SilverScript Employer PDP, su plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare patrocinado por <Client Name> (SilverScript)]. Use la información a continuación para aprovechar al máximo sus beneficios de la Parte D de Medicare.

Vemos que usted podría estar tomando los medicamentos indicados a continuación. (Esta lista podría no incluir todos los medicamentos que esté tomando actualmente). Se aplicarán nuevos lineamientos a estos medicamentos recetados. Esto se debe a diferencias entre su cobertura actual y la cobertura que entrará en vigor el **1 de enero de 2025**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Cambio** |
| [{*Formulary Inclusion*}  <Drug Name> | Este medicamento estará cubierto por SilverScript en el 2025.] |
| [{*PA Removed*}  <Drug Name> | Este medicamento ya no necesitará de autorización previa para que lo cubramos en el 2025.] |
| [{*QL Removed*}  <Drug Name> | Este medicamento ya no tendrá límite de cantidad en el 2025.] |
| [{*ST Removed*}  <Drug Name> | Este medicamento ya no necesitará de una terapia escalonada en el 2025. Esto significa que ya no tendrá que probar otro medicamento primero.] |
| [{*Honoring PA*}  <Drug Name> | Este medicamento requerirá una autorización previa en el 2025. Sin embargo, usted **no** tiene que pedirnos una autorización previa para que lo cubramos.] |
| [{*Honoring QL*}  <Drug Name> | Este medicamento tendrá un límite de cantidad en el 2025 Sin embargo, usted **no** tiene que pedirnos una excepción para que lo cubramos.] |
| [{*Honoring ST*}  <Drug Name> | Este medicamento requerirá de una terapia escalonada en el 2025. Sin embargo, usted **no** tiene que pedirnos una excepción para que lo cubramos.] |
| [{*Positive Tier Change*}  <Drug Name> | Este medicamento pasará a un nivel de costo compartido inferior en el 2025. Por lo general usted paga menos por los medicamentos que están en un nivel inferior. [{*If tier information is available, insert the following*} Está en el nivel <Current Tier> y estará en el nivel <Future Tier> en el 2025.]] |
| [{*Formulary Exclusion*}  <Drug Name> | **Este medicamento no estará cubierto por SilverScript en el 2025.** [{*If alternative drugs are available, insert the following*} Entre las alternativas posibles se incluyen: <Alternative Drugs>.] Hable con el médico para ver si otro medicamento le servirá. En caso contrario, su médico puede trabajar junto a nosotros para pedir una excepción.] |
| [{*PA Added*}  <Drug Name> | Este medicamento no necesitará de **autorización previa** para que lo cubramos en el 2025. Su médico puede trabajar con nosotros para solicitar esto.] |
| [{*QL Added*}  <Drug Name> | Este medicamento tendrá un **límite de cantidad** en el 2025. Consulte el Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) para obtener más información. Si necesita tomar una cantidad mayor a la permitida por nuestro límite de cantidad, su médico puede trabajar con nosotros para pedir una excepción.] |
| [{*ST Added*}  <Drug Name> | Este medicamento requerirá de una **terapia escalonada** en el 2025. Esto significa que tendrá que probar otro medicamento primero. Entre otros medicamentos que podrían servirle se encuentran: <Step Therapy Drugs>. Hable con el médico para ver si otro medicamento le servirá. En caso contrario, su médico puede trabajar junto a nosotros para pedir una excepción.] |
| [{*Negative Tier Change*}  <Drug Name> | Este medicamento pasará a un **nivel de costo compartido más alto** en el 2025. Por lo general usted paga más por los medicamentos que están en un nivel más alto. [{*If tier information is available, insert the following*} Está en el nivel <Current Tier> y estará en el nivel <Future Tier> en el 2025.]  Usted puede seguir surtiendo la receta actual al nivel de costo compartido más alto o elegir un medicamento alternativo de menor costo. Hable con el médico para ver si otro medicamento le servirá. En caso contrario, su médico puede trabajar junto a nosotros para pedir una excepción. Tenga en cuenta que hay circunstancias específicas en las que podemos cambiar el nivel de un medicamento y bajar el costo. Quizás no podamos garantizar su solicitud.] |
| [{*BvsD PA*}  <Drug Name> | Este medicamento requerirá una autorización previa para determinar si estará cubierto bajo la Parte B de Medicare o bajo la Parte D de Medicare. Solo estará cubierto por SilverScript en el 2025 si se determina que corresponde a la Parte D. Si se determina que el medicamento corresponde a la Parte B, puede trabajar con su médico o farmacia para presentar la reclamación a través de su proveedor médico/de la Parte B.] |
| [{*Part B Drug*}  <Drug Name> | Este medicamento **no** estará cubierto por SilverScript en el 2025, pero puede estar cubierto por su proveedor médico/la Parte B de Medicare. Hable con su médico o farmacia para presentar la reclamación a través de su proveedor médico/la Parte B de Medicare.] |
| {*Repeat rows above as needed for additional drugs*} |  |

**Revise sus beneficios**

Es posible que los cambios anteriores no sean una lista completa. Es importante que revise su Evidencia de Cobertura, Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos), Directorio de Farmacias y otros materiales del plan.

Es posible que su plan provea cobertura adicional de los medicamentos recetados no incluidos en su beneficio de la Parte D de Medicare. Podría haber casos en los que su parte del costo podría ser menor debido a esta cobertura adicional. Si no está seguro de cuál es su parte del costo o cuáles medicamentos podrían no estar cubiertos, llame a Cuidado al Cliente.

**Comuníquese con nosotros**

Queremos ayudarle a entender cómo funciona su plan. Si tiene preguntas, visítenos en **<Website Address>** o llame a Cuidado al Cliente al **<Customer Care Number> (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Podemos revisar los cambios indicados en esta carta y ayudarle a controlar otros medicamentos que toma.

Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una descripción completa de beneficios del plan, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar por área de servicio.

El formulario podría cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

©2024 SilverScript Insurance Company