

ATENCIÓN: BENEFICIARIOS CON ELEGIBILIDAD DOBLE

(Para personas con cobertura de Medicare y Medicaid) CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS DE FARMACIA DE MEDICAID EN VIGOR DESDE EL 1 de abril de 2023

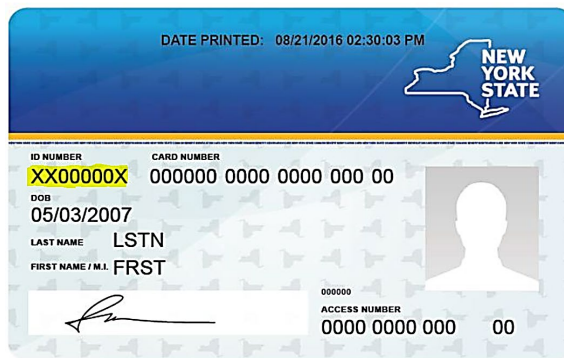
Este aviso es para recordarle sobre un cambio en su beneficio de farmacia de **Medicaid**. Debe saber que su cobertura de farmacia de la Parte D de Medicare y su farmacia no cambiarán. También puede seguir usando su tarjeta para artículos de venta libre de su plan Medicare (tarjeta OTC) para comprar medicamentos no recetados y otros artículos cubiertos. Lea atentamente este aviso y guárdelo para consultarlo en el futuro.

También puede consultar este aviso en:

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/mrt2/pharmacy_transition/consumers/

CAMBIO EN EL BENEFICIO DE FARMACIA:

- **Desde el 1 de abril de 2023, NYRx de Medicaid, el programa de farmacia de Medicaid, cubrirá los medicamentos recetados de Medicaid.**
- **La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por su cobertura de la Parte D de Medicare. También puede usar la tarjeta OTC de su plan Medicare, como se explicó antes.**
- Si Medicare no cubre un medicamento recetado y usted debe usar su beneficio de farmacia de Medicaid, la mayoría de las farmacias del estado de Nueva York aceptan el programa de farmacia NYRx de Medicaid. Si su farmacia no acepta Medicaid, usted puede:
 - solicitar a su médico que envíe una nueva receta a una farmacia que acepte el programa de farmacia NYRx de Medicaid, o
 - solicitar al farmacéutico que transfiera la reposición a una farmacia que acepte el programa de farmacia NYRx de Medicaid.
- Puede encontrar una farmacia que acepte NYRx de Medicaid en: <https://member.emedny.org/>
- Deberá presentarle al farmacéutico su tarjeta de beneficios del estado de Nueva York. Esto le indicará su número de identificación de cliente (CIN, por sus siglas en inglés).
 - Su tarjeta de beneficios del estado de Nueva York luce de la siguiente forma. El CIN se encuentra resaltado:



- El programa de farmacia NYRx de Medicaid cubre ciertos medicamentos recetados, ciertos medicamentos de venta libre, ciertas vitaminas recetadas y ciertos medicamentos contra la tos recetados. La lista de medicamentos cubiertos por NYRx para beneficiarios con elegibilidad doble se encuentra en:

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_transition/medicare_exempt_drugs.htm

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Puede recibir asistencia en la línea de ayuda de Medicaid. Pueden atenderlo en el idioma de su preferencia. Puede contactarse con esta línea al 1-800-541-2831. TTY 1-800-662-1220

Sus horarios de atención son:

- De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Sábados, de 9 a.m. a 1 p.m.

Si desea solicitar ayudas, servicios o materiales de respaldo u otra información sobre este cambio en un formato alternativo o en letra más grande, llame al número que figura en su tarjeta del plan de salud.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. **MetroPlus Health Plan** no excluye a personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MetroPlus Health Plan brinda lo siguiente:

- Servicios y ayudas gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **MetroPlus Health Plan** al 1-800-303-9626. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **MetroPlus Health Plan** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a **MetroPlus Health Plan** de las siguientes maneras:

Por correo: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

Por teléfono: 1-800-303-9626 (para servicios de TTY/TDD,

llame al 711) Por fax: 1-212-908-8705

En persona: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

Correo electrónico: Grievancecoordinator@metroplus.org

Usted también puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

Internet: Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Hay formularios de queja disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Language Assistance

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711) .	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-303-9626 (TTY: 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-303-9626 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: ТТУ: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদন বা লক্ষ্য কথা বলেত পাতেন, োহতল দনঃখেচায় ভাষা সহােয়া পদেতষবা উপলদ্ধ আতো ফান করুন ১- 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Benga
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1- 800-303-9626 (TTY: 711)	Urdu