

<Fecha>

<Nombre>

<Dirección 1>

<Dirección 2>

<Ciudad Estado Código postal>

Estimado/a <nombre del miembro>:

Fecha de entrada en vigor: <la fecha de entrada en vigor establecida como Mes Día, Año
Calendario o Rango de fecha>

**Anexo de la evidencia de cobertura
para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
recetados
(también llamado Anexo del subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS)**

Le pedimos que conserve este aviso. Es parte de la *Evidencia de cobertura* de <MetroPlus Advantage Plan (Organización de Mantenimiento de la Salud [HMO, por sus siglas en inglés] Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad [D-SNP, por sus siglas en inglés])> <MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)><MetroPlus Platinum Plan (HMO)>].

Nuestros registros muestran que usted califica para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que usted obtendrá ayuda para pagar la prima mensual, la deducible anual y los costos compartidos de los medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro Plan, recibirá la misma cobertura que alguien que no reciba Ayuda Adicional. Su membresía en nuestro Plan no se verá afectada por la Ayuda Adicional. Esto también significa que usted debe seguir todas las reglas y los procedimientos en la *Evidencia de cobertura*.

Consulte el siguiente cuadro para ver la descripción de su cobertura de medicamentos recetados:

Su prima mensual del plan es	Su deducible anual es	Su monto del costo compartido para medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes no es mayor a	Su monto del costo compartido para el resto de los medicamentos no es mayor a
<Inserte la cantidad que aplica>*	<\$0>	<\$0/\$1.60/\$5.10> (cada receta)	<\$0/\$4.90/\$12.65> (cada receta)

* La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted pueda tener que pagar. La prima que paga se calculó en función de la prima del Plan y el monto de la Ayuda Adicional que usted recibe.

Para más información sobre el pago de su prima del plan, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que el monto que pagan usted y Medicare (como Ayuda Adicional) alcanza \$2,100 en un año, el monto de su copago bajará a \$0 por receta para medicamentos de la Parte D cubiertos.

Además, el monto que usted paga cuando surte una receta para estos medicamentos que no pertenecen a la Parte D (medicamentos suplementarios) no cuenta para su costo total de los medicamentos, ni los gastos de desembolsos propios (es decir, el monto que usted paga no le ayudará a cubrir el beneficio ni a alcanzar la cobertura catastrófica). Comuníquese con Servicios al Miembro de MetroPlusHealth al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; sábados, de 9 a. m. a 5 p. m.; y después del horario de atención al 800.442.2560 para saber a qué medicamentos se aplica esta información. Nuestra información de contacto aparece al final de este aviso.

[Inserte esta declaración para los miembros de LIS que tienen un aumento en su nivel de costo compartido:]

Los cambios en los costos de los medicamentos recetados comienzan a partir de la fecha de entrada en vigor que aparece en la parte superior de esta carta. Esta fecha puede haber pasado cuando usted reciba esta carta. Si usted ha surtido recetas después de esa fecha, es posible que se le haya cobrado menos de lo que debería pagar como miembro de nuestro plan. Si nos debe dinero, le haremos saber cuánto.

Recibirá una factura de nuestro plan cada mes. Haga su pago a la orden de MetroPlusHealth Plan. Los pagos se deben enviar a:

MetroPlusHealth Plan
P.O. Box 30327
New York, NY 10087-0327

[Inserte esta declaración para miembros de LIS que hayan sido elegibles para LIS y ahora tengan una disminución en su costo compartido o para aquellos recién elegibles para LIS con una fecha de entrada en vigor retroactiva:]

Los cambios en los costos de sus medicamentos recetados comienzan a partir de la fecha de entrada en vigor que aparece en la parte superior de esta carta. Esta fecha puede haber pasado cuando usted reciba esta carta. Si usted ha surtido recetas o pagado primas después de esta fecha, es posible que se le haya cobrado más de lo que debería pagar como miembro de nuestro plan. Si nosotros le debemos dinero, le enviaremos una carta por separado para hacerle saber cuánto. Le enviaremos un cheque con la diferencia entre el monto que pagó y el que debería haber pagado.]

Medicare o el Seguro Social revisará periódicamente su elegibilidad para asegurarse de que usted aún califica para la Ayuda Adicional con los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para la Ayuda Adicional podría cambiar si hay un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o su estado civil cambia a soltero, o si pierde Medicaid.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con Servicios al Miembro de MetroPlusHealth al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; sábados, de 9 a. m. a 5 p. m.; y después del horario de atención al 800.442.2560. O bien, visite metroplusmedicare.org.

MetroPlusHealth Plan es un plan HMO, HMO SNP con un contrato de Medicare. MetroPlusHealth Plan tiene un contrato con Medicaid del Estado de Nueva York para MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). La inscripción en MetroPlusHealth Plan depende de la renovación del contrato.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.



NOTICE OF AVAILABILITY |

LANGUAGE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

ATTENTION: Language assistance services, and auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares. Llame al 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Spanish
注意: 您可以獲得免費的語言援助服務以及輔助工具和服務。請致電: 1.866.986.0356 (聽力障礙電傳: 711)。	Chinese Cantonese
تنبيه: تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والوسائل المساعدة والخدمات الإضافية لك بشكل مجاني. اتصل على الرقم 1.866.986.0356 (الهاتف النصي: 711).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой помощи и вспомогательными устройствами/средствами для восприятия информации. Звоните по тел.: 1(866)986-0356 (телетайп: 711).	Russian
ATTENZIONE: sono disponibili gratuitamente per Lei servizi di assistenza linguistica, accanto ad altri ausili e servizi. Telefoni al numero 1.866.986.0356 (Per gli utenti TTY: telefoni al numero 711).	Italian
ATTENTION: Des services d'assistance linguistique ainsi que des aides et services auxiliaires sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez le 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Sèvis asistans lang yo ak sèvis ak èd konplemantè yo gratis e disponib pou ou. Rele nan 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: לרשותכם שירותי סיוע בשפה, ועזרים ושירותים נלווים ללא תשלום. רופט 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Moga Państwo bezpłatnie korzystać z pomocy językowej, pomocy dodatkowych oraz innych usług. Proszę dzwonić pod numer 1-866-986-0356 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Ang mga serbisyo ng tulong sa wika, at mga pantulong na tulong at serbisyo, na walang bayad, ay available sa iyo. Tumawag sa 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Tagalog

মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অতিরিক্ত সাহায্য ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলভ্য রয়েছে। 1.866.986.0356 (TTY: 711) -তে কল করুন।	Bengali
VINI RE: <u>Shërbime për ndihmë gjuhësore, si dhe ndihmë dhe shërbimet ndihmëse, janë në dispozicion për ju pa pagesë. Telefononi 1.866.986.0356 (TTY: 711).</u>	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: <u>Οι υπηρεσίες βοήθειας στη γλώσσα σας και τα βοηθήματα και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες, διατίθενται δωρεάν σε εσάς. Καλέστε τον αριθμό 1.866.986.0356 (TTY: 711).</u>	Greek
توجہ فرمائیں: آپ کو زبان کی معاونت کی خدمات اور اضافی امدادی آلات و خدمات، مفت فراہم کی جاتی ہیں۔ کال کریں 1.866.986.0356 (TTY: 711)	Urdu
LƯU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các dịch vụ hỗ trợ khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Vietnamese
BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste, Hilfen und Dienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 1.866.986.0356 (TTY: 711) an.	German
注意: 我们可为您提供免费的语言协助服务以及辅助工具和服务。请致电: 1.866.986.0356 (听力障碍电传: 711) 。	Chinese Mandarin
ध्यान दें: भाषा सहायता <u>सेवाएँ</u> , और सहायक सहायता एवं सेवाएँ आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1.866.986.0356 (TTY: 711) पर कॉल करें।	Hindi
ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos e ajudas e serviços auxiliares. Ligue para 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Portuguese
注意: 言語サポートサービスおよび補助器具・サービスを無料にてご利用いただけます。電話 1.866.986.0356 (TTY: 711) 。	Japanese