

# **Aviso de reasignación del formulario ACA: Versión de aumento de la prima del plan**

## **¿Cuál es el propósito de este aviso?**

Este aviso le informa a las personas que califican para la ayuda adicional y cuyo plan de recetas médicas aumentará su prima el próximo año, que serán reasignados a un nuevo plan si no le han dicho a su plan que quieren quedarse o no se han inscrito en un nuevo plan por su cuenta antes del 31 de diciembre. El aviso enumera los medicamentos que la persona tomó del 1 de enero al 31 de agosto en su plan actual, y muestra si estos medicamentos serán cubiertos por el plan de Medicare al cual será reasignado.

El aviso incluye cuatro páginas en papel azul. La segunda página incluye una lista de los planes para cada región que tienen las primas al nivel o por debajo de la cantidad del subsidio de bajos ingresos.

## **¿Quién recibirá este aviso?**

Medicare le envía este aviso a las personas que califican para la Ayuda Adicional y están inscritos en el plan de recetas médicas en el cual Medicare los inscribió, y su prima aumentará por encima de la cantidad regional del subsidio de bajos ingresos para el próximo año.

## **¿Cuándo recibirán las personas este aviso?**

El aviso será enviado en diciembre.

## **¿Qué es lo próximo que las personas deben hacer?**

Las personas con Medicare deben considerar sus opciones cuidadosamente. Si necesita más información sobre la cobertura de Medicare de recetas médicas, puede hacer lo siguiente:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) y obtenga información personalizada para planes de medicamentos.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) para un asesoramiento personalizado y gratis sobre seguros de salud. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), revise la copia de su manual “Medicare y Usted”, o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono en su estado.

Las personas pueden mencionar CMS Producto No. 11475-S, si llaman a Medicare o a SHIP con preguntas sobre este aviso.



<BENEFICIARY FULL NAME>  
<ADDRESS>  
<CITY STATE ZIP>

<file creation date>

## **Medicare lo está cambiando a un nuevo plan de medicamentos de la Parte D para el 2024**

Usted recibió una carta azul recientemente informándole que Medicare lo cambió al <Beneficiary's Next Year's Org Marketing Name> <Beneficiary's Next Year's Plan Name> (<new contract>/<new PBP>) para el próximo año. Medicare lo está cambiando a este nuevo plan porque los costos de las primas en su plan 2023 aumentarán en 2024.

**A menos que usted se haya inscrito en un nuevo plan por su cuenta, usted está inscrito en <Beneficiary's Next Year's Plan Name> a partir del 1 de enero de 2024 y su prima mensual será \$0. Sus copagos serán <Beneficiary's LIS subsidy Copayment Category> por cada receta cubierta.**

### **¿Se encuentran sus medicamentos en la lista de su nuevo plan?**

La lista al dorso de esta página muestra los medicamentos que tomó regularmente entre el 1 de enero al 31 de agosto de 2023 en su plan actual, y si estos medicamentos estarán cubiertos en su nuevo plan en 2024.

### **Tome acción si desea regresar a su plan de 2023**

Para regresar al <Beneficiary's Current Year Organization Marketing Name> de <Beneficiary's Current Year Organization Marketing Name> (<old contract>/<old PBP>), llame al <Beneficiary's Current Year Member Services Toll-Free Number> antes del 31 de diciembre de 2023 y dígame que desea renovar su membresía. Verifique que sus medicamentos estén cubiertos para el próximo año.

Si regresa, su prima mensual para el 2024 será <Beneficiary's Next Year's Plan Premium Liability>.

### **Usted puede cambiar en cualquier momento a un plan diferente**

Un plan diferente puede cubrir más de sus medicamentos. Si cambia, su nueva cobertura comenzará el próximo mes. Consulte la última página de este aviso para obtener una lista de los planes de medicamentos de Medicare en su área.

### **Para ayuda y más información**

Si necesita ayuda entendiendo este aviso, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico al <SHIP phone number> para asesoramiento gratuito y personalizado o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



<b>Su medicamento</b>	<b>¿Está cubierto en la lista de su plan de 2024?</b>
<Drug Name 1>	<Drug Coverage Status 1>
<Drug Name 2>	<Drug Coverage Status 2>
<Drug Name 3>	<Drug Coverage Status 3>
<Drug Name 4>	<Drug Coverage Status 4>
<Drug Name 5>	<Drug Coverage Status 5>
<Drug Name 6>	<Drug Coverage Status 6>
<Drug Name 7>	<Drug Coverage Status 7>
<Drug Name 8>	<Drug Coverage Status 8>
<Drug Name 9>	<Drug Coverage Status 9>
<Drug Name 10>	<Drug Coverage Status 10>
<Drug Name 11>	<Drug Coverage Status 11>
<Drug Name 12>	<Drug Coverage Status 12>
<Drug Name 13>	<Drug Coverage Status 13>
<Drug Name 14>	<Drug Coverage Status 14>
<Drug Name 15>	<Drug Coverage Status 15>
<Drug Name 16>	<Drug Coverage Status 16>
<Drug Name 17>	<Drug Coverage Status 17>
<Drug Name 18>	<Drug Coverage Status 18>
<Drug Name 19>	<Drug Coverage Status 19>
<Drug Name 20>	<Drug Coverage Status 20>
<Drug Name 21>	<Drug Coverage Status 21>
<Drug Name 22>	<Drug Coverage Status 22>
<Drug Name 23>	<Drug Coverage Status 23>
<Drug Name 24>	<Drug Coverage Status 24>
<Drug Name 25>	<Drug Coverage Status 25>
<Drug Name 26>	<Drug Coverage Status 26>
<Drug Name 27>	<Drug Coverage Status 27>
<Drug Name 28>	<Drug Coverage Status 28>
<Drug Name 29>	<Drug Coverage Status 29>
<Drug Name 30>	<Drug Coverage Status 30>
<p>* Este medicamento tiene normas especiales. Usted debe hablar con su médico para obtener cobertura de medicamentos con normas especiales. "Normas especiales" incluyen reglas como la autorización previa y terapia en pasos. Llame a su nuevo plan para más detalles.</p>	



## **¿Qué pasa si los medicamentos no están cubiertos en su nuevo plan, o tienen normas especiales?**

### **Su nuevo plan debe darle un suministro provisional**

Su nuevo plan tiene que cubrir un **suministro provisional** de su receta, aun para los medicamentos que no están en la lista del plan de medicamentos cubiertos (llamado su "formulario"), o tienen límites o normas especiales. El suministro provisional es por 30 días. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo, el suministro provisional puede ser de hasta 93 días. Esto le da tiempo para trabajar con su médico para satisfacer los requisitos del plan de medicamentos con normas especiales, o para verificar si un medicamento diferente que cubre el plan puede tratar su condición.

### **Hable con su médico**

Hable con su médico. Si su médico le dice que ninguno de los medicamentos cubiertos por el plan es médicamente apropiado para usted, usted tiene el derecho de solicitarle al plan una **excepción** para que cubran los medicamentos que toma actualmente.

### **Solicite una excepción — Siga estos pasos:**

**Paso 1: Pídale a su médico que llame a su nuevo plan.**

**Paso 2: Su médico debe presentar una declaración apoyando su solicitud para una excepción.** La declaración del médico debe explicar que el medicamento es necesario por razones médicas para tratar su condición.

**Paso 3: Una vez su médico presente la declaración, el plan debe darle una decisión dentro de las 24 horas (para un pedido acelerado) o dentro de las 72 horas (para un pedido estándar).** El plan acelerará su solicitud si determina, o su médico le indica al plan, que su vida, la salud, o la capacidad de recuperar la función máxima puede verse seriamente comprometida por la espera de un pedido estándar.

### **Qué hacer si su solicitud es denegada**

Usted tiene el derecho de apelar si el plan le niega su solicitud. Debe apelar dentro de los 60 días laborables a partir de la fecha de la denegación. Tendrá que presentar el pedido estándar por escrito, pero puede presentar un pedido acelerado ya sea por teléfono o escrito. Para más información, llame al <Beneficiary's Next Year's Plan Name> al <Beneficiary's Next year's Plan Member Services Toll-Free Number>, o visite <Beneficiary's Next year's Plan Web Address>.

### **Si tiene una queja sobre el plan**

Usted tiene el derecho de presentar una queja (también llamada "querrela") con el plan. Un ejemplo de una queja es cuando no le gusta el tiempo de espera para obtener respuestas, o si cree que el plan no le está tratando bien. Puede presentar una queja ante su plan por teléfono o por escrito en cualquier momento dentro de los 60 días laborables del incidente. Si el plan no se ocupa de su queja, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden



llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a su Agencia local para Personas de Edad Avanzada o su <Local SHIP Name> al <SHIP phone number> para asesoramiento gratuito y personalizado.



**Nondiscrimination Notice** - The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) doesn't exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, sex, or age. If you think you've been discriminated against or treated unfairly for any of these reasons, you can file a complaint with the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

- Calling 1-800-368-1019. TTY users can call 1-800-537-7697.
- Visiting [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints).
- Writing: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

**Notice of Availability of Auxiliary Aids & Services** - We're committed to making our programs, benefits, services, facilities, information, and technology accessible in accordance with Sections 504 and 508 of the Rehabilitation Act of 1973. We'll take appropriate steps to make sure that people with disabilities, including people who are deaf, hard of hearing or blind, or who have low vision or other sensory limitations, have an equal opportunity to participate in our services, activities, programs, and other benefits. We provide various auxiliary aids and services to communicate with people with disabilities, including:

- Relay service — TTY users can call 1-877-486-2048.
- Alternate formats — This notice is available in alternate formats, including large print, Braille, data CD and audio CD. To request your notice in an alternate format, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

**Aviso sobre la discriminación** - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluye, niega beneficios o discrimina contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, género o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles:

- Llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
- Visitando [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints).
- Escribiendo a la: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

**Ayuda y servicios auxiliares para personas con incapacidades** - Medicare está dedicado a ofrecerles a todos sus beneficiarios los programas, beneficios, servicios, dependencias, información y su tecnología, en cumplimiento con las Secciones 504 y 508 de la Ley de Rehabilitación del 1973. Medicare tomará las medidas necesarias para asegurarse de que las personas incapacitadas, entre los que se incluyen los que tiene problemas auditivos, son sordos, ciegos, tienen problemas visuales u otro tipo de limitaciones, tengan las mismas oportunidades de participar y aprovechar los programas y beneficios disponibles. Medicare ofrece varios servicios y ayuda para facilitar la comunicación con las personas incapacitadas incluyendo:

- Servicios de retransmisión de mensajes — Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Formatos alternativos — Los productos de Medicare, incluyendo este documento, están disponible en letra grande, versión digital, Braille y audio. Para ordenar su aviso en un

formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**العربية (Arabic)** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برق-1-800-MEDICARE (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-486-2048).

**հայերեն (Armenian)** ՈՒՇԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-MEDICARE (TTY (հեռախոս)՝ 1-877-486-2048)

**繁體中文 (Chinese)** 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-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048)。

**فارسی (Farsi)** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

**Français (French)** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-MEDICARE (ATS: 1-877-486-2048).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole)** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Deutsch (German)** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Italiano (Italian)** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**日本語 (Japanese)** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-MEDICARE (TTY:1-877-486-2048) まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어(Korean)** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) 번으로 전화해 주십시오.

**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Português (Portuguese)** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Русский (Russian)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-MEDICARE (телетайп: 1-877-486-2048).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).