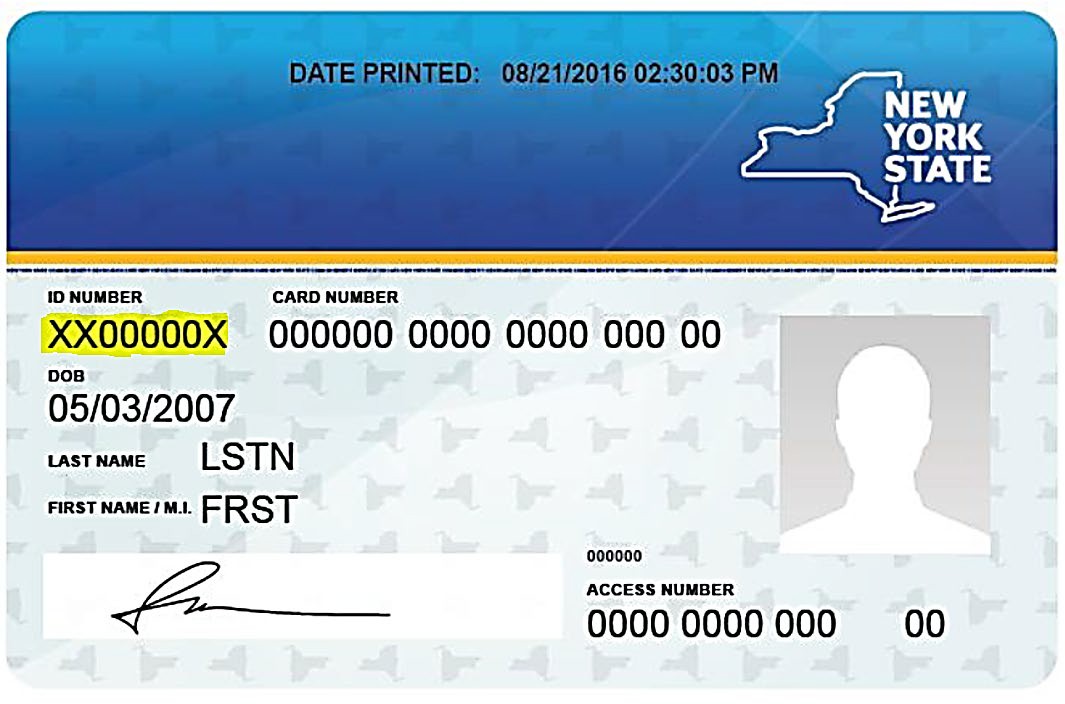
Logo, company name

Description automatically generated

# ATENCIÓN: CAMBIOS PARA LOS BENEFICIARIOS DE CUIDADOS ADMINISTRADOS DE MEDICAID A SUS BENEFICIOS DE MEDICAID EN FARMACIAS EFECTIVOS el 1 de abril de 2023

Esta notificación le informa sobre un próximo cambio. Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo para poder remitirse a él en el futuro. Usted también puede acceder a este aviso ingresando a: <https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/mrt2/pharmacy_transition/consumers/>

# CAMBIO EN EL BENEFICIO EN FARMACIAS:

* **A partir del 1 de abril de 2023, sus recetas no serán cubiertas por Amida Care. Serán cubiertas por Medicaid NYRx, el programa de farmacias de Medicaid.**
* La mayoría de las farmacias en el estado de Nueva York aceptan el programa de farmacias Medicaid NYRx. 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 farmacias Medicaid NYRx, o
  + Solicitar a su farmacéutico que transfiera el resurtido a una farmacia que acepte el programa de farmacias Medicaid NYRx.
* Encuentre una farmacia que acepte Medicaid NYRx en: <https://member.emedny.org/>
* Usted deberá mostrarle a su farmacéutico su Tarjeta de Beneficiario del estado de Nueva York **o** su Tarjeta del Plan de Salud. Esto les permitirá ver su Número de Identificación de Cliente (CIN por sus siglas en inglés).
  + Así se ve su Tarjeta de Medicaid, y el CIN es el número que se encuentra resaltado:
  + Así se ve su Tarjeta del Plan de Salud, y el lugar que se encuentra resaltado es donde usted verá el CIN:
* El programa de farmacias Medicaid NYRx tiene una lista de medicamentos cubiertos. La lista incluye medicamentos de venta libre y la mayoría de los medicamentos que requieren receta. La lista de medicamentos cubiertos está disponible en: [https://member.emedny.org/](https://protect2.fireeye.com/v1/url?k=fcb98847-a322b163-fcbb7172-000babd9f8b3-973c77f33406d618&q=1&e=b168bc3f-61fa-4147-a56e-0c204e2fc792&u=https%3A%2F%2Furldefense.us%2Fv3%2F__https%3A%2F%2Fmember.emedny.org%2F__%3B%21%21JRQnnSFuzw7wjAKq6ti6%21iG9eY4LnIt3yUc6AC72HWcBfW3DRQdjve8vZyIlb8Ou_bsjqscr5Qg516AIn45P5ZgE%24)
  + Algunos medicamentos requieren aprobación previa antes de ser entregados. Esta lista le informará si un medicamento necesita de aprobación previa. Su médico llamará para obtener la aprobación previa.
  + Si su medicamento no está en la lista:
    - Su médico puede solicitarle aprobación a Medicaid para conseguirle el medicamento, o
    - Su farmacéutico puede hablar con su médico para cambiarlo por un medicamento que esté en la lista.
* El programa de farmacias Medicaid NYRx también tiene una lista de medicamentos preferidos. Esta lista está disponible en: <https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDP_PDL.pdf>
  + Si usted necesita un medicamento que está catalogado como un medicamento no preferido, podrá obtener

un surtido de este medicamento **por única vez** desde el 1 de abril del 2023 al 30 de junio de 2023

* + Si necesita un medicamento catalogado entre los no preferidos, por favor contacte a su farmacéutico o a su médico para que puedan obtener la aprobación necesaria para que usted pueda obtener el medicamento.
* La estructura de copagos de Medicaid no cambia. Su copago podría cambiar dependiendo de si el medicamento está catalogado como preferido o como no preferido.
* Su beneficio de farmacia también cubre ciertos suministros:
  + La lista de suministros cubiertos está disponible en: [https://member.emedny.org/](https://protect2.fireeye.com/v1/url?k=fcb98847-a322b163-fcbb7172-000babd9f8b3-973c77f33406d618&q=1&e=b168bc3f-61fa-4147-a56e-0c204e2fc792&u=https%3A%2F%2Furldefense.us%2Fv3%2F__https%3A%2F%2Fmember.emedny.org%2F__%3B%21%21JRQnnSFuzw7wjAKq6ti6%21iG9eY4LnIt3yUc6AC72HWcBfW3DRQdjve8vZyIlb8Ou_bsjqscr5Qg516AIn45P5ZgE%24)
  + Puede encontrar una lista de medidores de glucosa y tiras reactivas en: <https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDSP_preferred_supply_list.pdf>
    - Medicaid permitirá **por única vez** desde el 1 de abril del 2023 al 30 de junio de 2023 un suministro de tiras reactivas no preferidas.
    - Usted tendrá que comenzar a utilizar medidores de glucosa y tiras reactivas que estén listadas como preferidas.

**¿Tiene alguna pregunta, o necesita ayuda?** La línea de ayuda de Medicaid puede asistirlo. Ellos le hablarán en el idioma de su preferencia. Puede contactarlos llamando al 1-855-648-1909. TTY 1-800-662-1220

Pueden responder su llamado:

* De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
* Los sábados, de 9 a.m. a 1 p.m.

**Si quiere solicitar ayudas, servicios, o materiales de soporte u otra información relacionada con este cambio en otro formato o en una letra más grande, llame al número que aparece en su tarjeta del plan de salud.**

**AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN**

Amida Care cumple con lo dispuesto en las leyes federales de derechos civiles. Amida Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Amida Care proporciona lo siguiente:

* Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades, con la finalidad de ayudarte a que te comuniques con nosotros, tales como:

○ Intérpretes de lenguaje de señas cualificados

○ Información escrita en otros formatos (impresión ampliada, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)

* Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como:

○ Intérpretes cualificados

○ Información escrita en otros idiomas

Si necesitas estos servicios, llama a Amida Care al 1-800-556-0689. Para servicios TTY/TDD, llama al TTY 711.

Si crees que Amida Care no te ha proporcionado estos servicios o te ha tratado de manera diferente debido a tu raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar un reclamo ante Amida Care:

Por correo: 14 Penn Plaza, 2nd Floor, New York, NY 10122

Por teléfono: 1-800-556-0689 (for TTY/TDD services, call TTY 711)

Por fax: 1-646-786-1802

En persona: 234 West 35th St., New York, NY 10001

Por correo electrónico: member-services@amidacareny.org

También puedes presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos:

En línea: Office for Civil Rights Complaint Portal at

*https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*

Por correo: U.S. Department of Health and Human Services

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

Washington, DC 20201

Complaint forms are available at   
 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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

|  |  |
| --- | --- |
| ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-556-0689 TTY:711. | English |
| ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-556-0689 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 1-800-556-0689 TTY:711. | Chinese |
| ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم TTY:711 رقم هاتف الصم والبك1-800-556-0689 | Arabic |
| 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다1-800-556-0689 TTY:711 번으로 전화해 주십시오. | Korean |
| ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-556-0689 TTY:711 | Russian |
| ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-556-0689 TTY:711 | Italian |
| ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-556-0689 TTY:711 | French |
| ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-556-0689 TTY:711 | French Creole |
| אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט711:TTY 1-800-556-0689 | Yiddish |
| UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-556-0689 TTY:711 | Polish |
| PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-556-0689 TTY:711 | Tagalog |
| লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১1-800-556-0689 TTY:711 | Bengali |
| KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-556-0689 TTY:711 | Albanian |
| ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-556-0689 TTY:711. | Greek |
| خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-800-556-0689 TTY:711 . | Urdu |