



# STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH

Corning Tower The Governor Nelson A. Rockefeller Empire State Plaza Albany, New York 12237

Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr. P.H.  
Commissioner

Dennis P. Whalen  
Executive Deputy Commissioner

1° de Marzo de 2005

Estimado(a) participante de cuidados dirigidos de Medicaid:

## **Es importante que lea esta carta para entender los cambios en la Ley Estatal que pueden aumentar sus gastos médicos a partir del 1° de abril de 2005.**

Los beneficiarios de Medicaid participantes del programa de cuidados dirigidos de Medicaid (*Medicaid Managed Care*) deberán realizar los mismos co-pagos de farmacia que realizan los demás beneficiarios de Medicaid. Los co-pagos han sido mantenidos lo más bajo posible y permitirán que el programa de Medicaid le siga proporcionando a usted servicios de atención médica de alta calidad. Los participantes de cuidados dirigidos de Medicaid no son responsables del co-pago de ningún otro servicio más que el de farmacia.

La siguiente tabla muestra los co-pagos que usted deberá realizar a partir del 1° de abril de 2005.

Artículo	Monto del Co-pago	Detalles sobre el Co-pago
Medicamentos de marca recetados	\$2.00	Un co-pago para <i>cada</i> nueva receta y <i>cada</i> renovación de toda receta <b>NO SE REQUERIRÁ CO-PAGO PARA:</b> Medicamentos para el tratamiento de enfermedad mental (psicotrópicos), tuberculosis, y control de natalidad.
Medicamentos genéricos recetados	\$0.50	Un co-pago para <i>cada</i> nueva receta y <i>cada</i> renovación de toda receta <b>NO SE REQUERIRÁ CO-PAGO PARA:</b> Medicamentos para el tratamiento de enfermedad mental (psicotrópicos), tuberculosis, y control de natalidad.
Medicamentos de venta libre (sin receta)	\$0.50	Un co-pago para <i>cada</i> artículo indicado por un profesional médico. <b>NO SE REQUERIRÁ CO-PAGO PARA:</b> Artículos para control de natalidad

El máximo co-pago anual por beneficiario es \$100. El año de co-pago comienza el 1° de abril de cada año y termina el 31 de marzo del año siguiente. Una vez que se ha alcanzado el máximo, no será necesario realizar co-pagos hasta que comience el nuevo año de beneficios.

**No tiene que realizar co-pagos si:**

- Usted no puede pagarlos y se lo dice al farmacéutico. **La farmacia no puede negarle artículos de farmacia si usted no puede pagarlos.** (Usted aún adeudará a la farmacia los co-pagos no abonados. Se le podrá pedir que los pague más adelante o se le enviará una factura).
- Usted es menor de 21 años de edad.
- Usted está embarazada. Las mujeres embarazadas están exentas durante el embarazo y durante los dos meses posteriores al mes en que finalice el embarazo. (Es posible que usted tenga que informar al farmacéutico que está embarazada).
- Usted recibe servicios de planificación familiar (control de natalidad). Estos incluyen medicamentos y otros suministros necesarios para la planificación familiar, como píldoras anticonceptivas y condones.
- Usted reside en un Centro de Cuidados para Adultos autorizado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH).
- Usted reside en un Hogar de Convalecencia.
- Usted reside en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Incapacidades del Desarrollo (ICF/DD).
- Usted vive en una Residencia Comunitaria certificada por la Oficina de Salud Mental (OMH) o la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades del Desarrollo (OMRDD).
- Usted participa en un Programa Integral de Medicaid para Administración de Casos (CMCM) o Coordinación de Servicios.
- Usted participa en un Programa OMH u OMRDD de Dispensa de Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS).
- Usted participa en el Programa DOH HCBS de Exención para Personas con Traumatismo Cerebral (TBI).

NOTA: Los beneficiarios que estén habilitados para Medicare y Medicaid y/o que reciban pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) no estarán exentos de los co-pagos de Medicaid, a menos que también estén dentro de uno de los grupos indicados más arriba.

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si cree que se ha cometido un error en su fecha de nacimiento y si es menor de 21 años de edad, o si participa en otro programa que lo exime de realizar co-pagos. Adjuntamos a esta carta información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial. Usted no tiene derecho a una audiencia imparcial para quejarse sobre el cambio en la Ley Estatal.

Si tiene preguntas acerca del Programa Estatal de Co-Pagos para Beneficiarios de Medicaid del Estado de Nueva York, puede llamar al 1-800-541-2831, entre las 8:30 a.m. y las 5:00 p.m.

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

Kathryn Kuhmerker  
Comisionada Suplente  
Oficina de Administración de Medicaid