



# 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 julio de 2005

Estimado beneficiario de Medicaid:

**Por la presente le informamos sobre cambios en el programa de Medicaid que podrían incrementar sus costos de medicamentos comenzando el 1° de agosto de 2005.**

El Capítulo 58 de las Leyes de 2005 incrementa el monto de los co-pagos de beneficiarios de Medicaid por la compra de productos farmacéuticos. El co-pago por un medicamento de marca aumentará de \$2.00 a \$3.00 y por un medicamento de marca genérica de \$0.50 a \$1.00. Estos cambios hacen posible que el programa de Medicaid continúe brindándole servicios de atención médica de alta calidad.

Los participantes del programa de cuidados dirigidos de Medicaid (*Medicaid Managed Care*) comenzaron a pagar co-pagos por medicamentos de recetados el 1° de abril de 2005. El aumento en los co-pagos mencionado anteriormente y que comienza el 1° de agosto de 2005, también afecta a los participantes del programa de cuidados dirigidos de Medicaid.

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

Artículo	Monto del Co-pago	Detalles del Co-pago
Medicamentos de marca recetados	<b>\$3.00</b>	Un co-pago para <i>cada</i> nueva receta y <i>cada</i> renovación de toda receta <b>NO SE REQUERIRÁ CO-PAGO POR:</b> Medicamentos para el tratamiento de enfermedad mental (psicotrópicos), tuberculosis, y control de natalidad.
Medicamentos genéricos recetados	<b>\$1.00</b>	Un co-pago para <i>cada</i> nueva receta y <i>cada</i> renovación de toda receta <b>NO SE REQUERIRÁ CO-PAGO POR:</b> Medicamentos para el tratamiento de enfermedad mental (psicotrópicos), tuberculosis, y control de natalidad.

**El Capítulo 58 de las Leyes de 2005 también establece un máximo de co-pagos anuales de \$200.00. El año de co-pago comienza el 1° de abril 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 tales como: píldoras anticonceptivas o suministros tales como gelatina anticonceptiva, espuma o 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 Médicos Intermedios para Personas con Incapacidades Evolutivas. (ICF/DD).
- Usted vive en una Residencia Comunitaria certificada por la Oficina de Salud Mental (OMH) o la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades Evolutivas (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 Exención de Servicios de base Domiciliaria y Comunitaria (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 formen parte 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 usted es menor de 21 años de edad, o si participa en otro programa que lo exima 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