

TO: Local Commissioners, Medicaid Directors

FROM: Kathryn Kuhmerker, Deputy Commissioner
Office of Medicaid Management

SUBJECT: Medicaid Recipient Co-Payment Program Changes

EFFECTIVE DATE: April 1, 2005

CONTACT PERSON: Mary Rondeau, 518-473-2160

Please note the following Medicaid recipient co-payment changes effective April 1, 2005:

- € **Medicaid managed care plan enrollees will be subject to co-payments on pharmacy items (\$2.00 for brand-name drugs and \$0.50 for generic drugs or over-the-counter medications ordered by a practitioner).**

Medicaid managed care enrollees will be subject to the same co-payment year and annual co-payment maximum as recipients in fee-for-service Medicaid. (The annual maximum co-payment per recipient per year is \$100. The co-pay year begins on April 1 each year and ends on March 31 of the following year.)

Recipient notification letters will be mailed during the last week of February. The Office of Managed Care will work with the managed care plans to insure that plan member handbooks are changed to reflect this change and to insure that Medicaid recipients enrolled in managed care plans are adequately notified.

When providing Medicaid applicants with Book 1, Book 2 and Book 3 client informational books, the attached amendment should be included to correct information regarding recipient co-payment exemptions appearing in Book 2(LDSS-4148B). The amendment is provided in English and Spanish.

Also, copies (English and Spanish) of the recipient notification letter are attached for your information.



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

July 1, 2005

Dear Medicaid Recipient:

THIS LETTER TELLS YOU ABOUT CHANGES IN MEDICAID THAT MAY INCREASE YOUR COSTS FOR DRUGS BEGINNING AUGUST 1, 2005.

Chapter 58 of the Laws of 2005 increased Medicaid recipient co-payments for pharmacy prescription items. Co-payments for brand-name prescription drugs are increased from \$2.00 to \$3.00 and generic prescription drugs increased from \$0.50 to \$1.00. These increases will allow the Medicaid program to continue to provide high quality health care services to you.

Recipients in Medicaid Managed Care plans began to pay prescription drug co-payments on April 1, 2005. These co-payment increases starting on August 1 also apply to those in Medicaid Managed Care plans.

The chart below shows prescription co-payments that will be your responsibility beginning on August 1, 2005.

Item	Co-Payment Amount	Details About Co-Payment
Brand-name prescription drugs	\$3.00	One co-payment charge for <i>each</i> new prescription and <i>each</i> refill NO CO-PAYMENT FOR: Drugs to treat mental illness (psychotropic), tuberculosis, and birth control.
Generic prescription drugs	\$1.00	One co-payment charge for <i>each</i> new prescription and <i>each</i> refill NO CO-PAYMENT FOR: Drugs to treat mental illness (psychotropic), tuberculosis, and birth control.

Chapter 58 of the Laws of 2005 also increased the annual co-payment maximum per recipient per year to \$200. The co-pay year begins on April 1 each year and ends on March 31 of the following year. Once the maximum has been reached, no co-payments will be required until the new benefit year begins.

You do not have to pay the co-payment if:

- € You cannot afford to pay at any time and you tell the pharmacist that you are unable to pay. The pharmacy cannot refuse to give you pharmacy items because you are unable to pay. (You will still owe the unpaid co-pay amounts to the pharmacy. They may ask you for them later or send you a bill.)
- € You are younger than 21 years old.
- € You are pregnant. Pregnant women are exempt during pregnancy and for the two months after the month in which the pregnancy ends. (You may need to tell the pharmacist that you are pregnant.)
- € You are getting family planning (birth control) drugs such as birth control pills, or supplies like birth control jelly, foam or condoms.
- € You are a resident of an Adult Care Facility licensed by the New York State Department of Health (DOH).
- € You are a resident of a Nursing Home.
- € You are a resident of an Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled (ICF/DD).
- € You are a resident of an Office of Mental Health (OMH) or Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities (OMRDD) certified Community Residence.
- € You are enrolled in a Comprehensive Medicaid Case Management (CMCM) or Service Coordination Program.
- € You are enrolled in an OMH or OMRDD Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Program.
- € You are enrolled in the DOH HCBS Waiver Program for Persons with Traumatic Brain Injury (TBI).

NOTE: Recipients who are eligible for both Medicare and Medicaid and/or receive Supplemental Security Income (SSI) payments are not exempt from Medicaid co-payments, unless they also fall into one of the groups listed above.

You have a right to a Fair Hearing if you think a mistake has been made in your birth date and you are under 21 years old or you are in a program that makes you exempt from co-pays. Information about requesting a Fair Hearing is enclosed. You do not have a right to a Fair Hearing to complain about the change in State Law.

If you have questions about the New York State Medicaid Recipient Co-Payment Program, you may call 1-800-541-2831 between 8:30 a.m. and 5:00 p.m.

Thank you for your cooperation.

Sincerely,

Kathryn Kuhmerker
Deputy Commissioner
Office of Medicaid Management



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

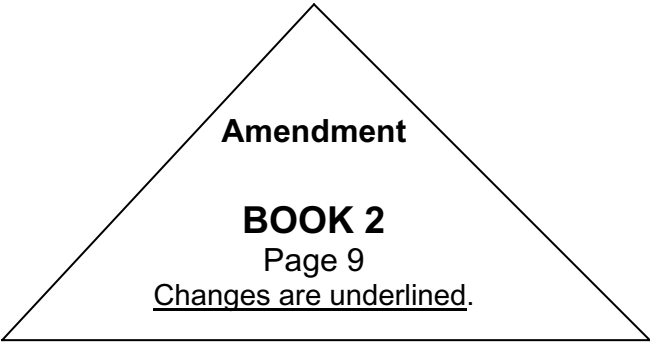
Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si cree que se ha cometido un error en su fecha de nacimiento y usted es menor de 21 años de edad, o si participa en otro programa que lo exima de realizar co-pagos. Adjuntamos a esta carta información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial. Usted no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



Q. Do I Pay Any Money for My Medical Care?

A. Medical Assistance recipients age 21 or older may be asked to pay part of the costs of some medical care/items. This is called a co-payment or co-pay. Your health care provider is allowed to ask you for the co-payment. For each twelve months beginning April 1, there is a \$200 maximum per recipient for all co-payments.

If you are unable to pay the requested co-payment, tell your health care provider when the provider asks you for the payment. You can still get the services you need from your provider. The provider cannot refuse to give you services or goods because you tell the provider you are unable to pay the co-payment. Call 1-800-541-2831 to report any provider who refuses to give you care or services because you are unable to pay the co-payment.

€ **Co-payment amounts are as follows:**

Service	Amount(\$)
Inpatient Hospital	\$25.00 per stay upon discharge
Outpatient Hospital and Clinic	\$ 3.00 per visit
Non-emergency/Non-urgent ER Visits	\$ 3.00 per visit
Prescription Drugs	
(branch name)	<u>\$ 3.00</u>
(generic)	<u>\$ 1.00</u>
Over-the-Counter Drugs	\$.50
Drugs to treat Mental Illness or Tuberculosis	NO CO-PAYMENT
Family Planning	NO CO-PAYMENT
Enteral/Parenteral Formulae/Supplies	\$ 1.00 per order/prescription
Medical/Surgical Supplies	\$ 1.00 per order
Laboratory	\$.50 per procedure code
X-ray	\$ 1.00 per procedure code

€ **Recipients exempt from co-payment include the following:**

- Recipients under the age of twenty-one;
- Pregnant women (this exemption continues for two months after the month in which the pregnancy ends;
- Recipients institutionalized in a medical facility who are required to spend all of their income, except for a personal needs allowance, on medical care. This includes all recipients in nursing facilities and Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled (ICF/DD);
- Recipients enrolled in Medicaid Managed Care Plans except that such persons shall be subject to co-payments for each generic prescription drug dispensed, each brand-name prescription drug dispensed, and each over-the-counter medication ordered by a recognized practitioner;

Modificación
LIBRO 2
Página 10
Los cambios aparecen resaltados.

R. Se podrá solicitar a los beneficiarios de Asistencia Médica de 21 años de edad o más que paguen parte de los costos de ciertos tratamientos o artículos médicos. Esto recibe el nombre de copago. Su proveedor de servicios médicos está autorizado a solicitar el copago. Por cada período de 12 meses a partir del 1º de abril, existe un máximo de \$200 por beneficiario para la totalidad de copagos. Si usted no puede pagar el copago solicitado, informe a su proveedor de servicios médicos cuando éste le solicite el pago. Usted igual podrá obtener los servicios que necesita del proveedor. El proveedor no podrá negarle los servicios o los suministros porque usted le diga que no puede pagar el copago. Llamar al 1-800-541-2831 para informar sobre el caso de algún proveedor que se niega a atenderlo o a brindarle sus servicios porque usted no puede pagar el copago.

€ **Las cantidades de los copagos son las siguientes:**

Servicio	Cantidad (\$)
Internación hospitalaria.....	\$25 por estadía hasta el día de alta
Paciente ambulatorio en hospital y clínica.....	\$3.00 por visita
Visitas no urgentes/no de emergencia a la sala de emergencias.....	\$3.00 por visita
Medicamentos recetados (marca específica).....	<u>\$3.00</u>
(genérico).....	<u>\$1.00</u>
Medicamentos de venta libre.....	\$0.50
Medicamentos para enfermedades mentales o tuberculosis.....	SIN COPAGO
Planificación familiar.....	SIN COPAGO
Formulas parenteral/entérico/suministros.....	\$1.00 por pedido/receta
Suministros médicos/quirúrgicos.....	\$1.00 por pedido
Laboratorio.....	\$ 0.50 por procedimiento codificado
Rayos X.....	\$1.00 por procedimiento codificado

#

#Los beneficiarios exentos del copago incluyen:

- Beneficiarios menores de veintiún años;
- Mujeres embarazadas (esta exención se prolonga durante los dos meses posteriores al mes en que finaliza el embarazo).
- Beneficiarios internados en una institución médica que deben gastar la totalidad de sus ingresos excepto una cuota destinada a gastos personales - en atención médica, esto incluye a todos los beneficiarios internados en centros de servicios de enfermería e instituciones de Cuidados Intermedios para Incapacitados del Desarrollo (ICF/DD);
- Beneficiarios inscritos en los Planes de Cuidados Administrados de Medicaid a excepción que dichas personas deben pagar un copago por cada medicamento de tipo genérico prescrito, medicamento de marca, y por todo medicamento de venta libre prescrito por un profesional de la salud;

MEDICAID RECIPIENT CO-PAYMENTS (252/SP29)

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that you are wrongfully being required to make Medicaid co-payments, you can ask for a State Fair Hearing.

If you live anywhere in New York State, you may request a Fair Hearing by telephone, fax, online, or by writing to the address below.

Telephone: Statewide toll-free request number is 800-342-3334. Please have this notice with you when you call.

Online: Complete online request form at <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

In writing: Fill in the space below and send a copy of this notice to:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Please keep a copy for yourself.

Fax: Send a copy of this notice to (518) 473-6735.

If you live in NYC, you may also make your request in person by walking into the offices listed below.

Walk-In (NYC ONLY): Bring a copy of this notice to the Office of Administrative Hearings, of the Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York or 330 West 34th Street, 3rd Floor, New York, NY.

I want a Fair Hearing. This action is wrong because _____

Client Signature: _____ Client print name here: _____

Client Address: _____

Phone Number: _____ Case Number: _____ CIN Number: _____

YOU MUST ASK FOR A FAIR HEARING WITHIN 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE.

IF YOU ASK FOR A FAIR HEARING, the State will send you a notice with the time and place of the hearing. You have a right to bring a person to help you like a lawyer, a friend, a relative or someone else. At the hearing, this person can give the hearing officer something in writing or just tell why the action should not be taken. This person can also ask questions of any other people at the hearing. Also, you have the right to bring people to speak in your favor. If you have any papers that will help your case (e.g. birth certificate), you should bring them with you.

IF YOU NEED FREE LEGAL HELP, you may be able to get such help by calling your local Legal Aid Society or advocate group. To locate a lawyer, check your Yellow Pages under "Lawyers."

YOU HAVE A RIGHT TO SEE YOUR CASE FILE to help you get ready for the hearing. You may call or write for free copies of the documents from your files which we will give to the hearing officer. Also, if you call or write to us we will give you free copies of other documents from your file, which you may want for your Fair Hearing. To ask for these documents or to find out how to see your file, contact your local Department of Social Services or, in New York City, the New York City Human Resources Administration. You should ask for these documents before the date of your Fair Hearing. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the Hearing. Documents will be mailed to you only if you ask that they be mailed. For questions concerning the Medicaid Recipient Co-Payment Program, you may call 1-800-541-2831.

FOR MORE INFORMATION ON YOUR CASE, if you want to see your file, to find out how to ask for a Fair Hearing or to find out how to ask for copies of your file, contact your local Department of Social Services or, in NYC, contact the NYC Human Resources Administration.

NOTE: *A Medicaid recipient has the right to have a hearing scheduled; however, the hearing officer at the hearing may determine that the recipient did not have a right to a hearing or continuation of assistance if the sole issue is a Federal or State law requiring an automatic change adversely affecting some or all medical assistance recipients.*

CO-PAGOS REQUERIDOS DE BENEFICIARIOS DE MEDICAID (252/SP29)

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que los co-pagos de Medicaid que se le exigen pagar no son apropiados, puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

No importa en que parte del Estado de Nueva York usted resida, puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, por fax, por internet o mandando una carta a la dirección a continuación.

Teléfono: Número de teléfono estatal libre de cobro 800-342-3334. Favor de tener a la mano esta notificación cuando llame.
Por internet: Rellene el formulario electrónico en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>
Por escrito: Rellene el espacio en blanco a continuación y envíe una copia de esta notificación a:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201

Favor de quedarse con una copia.

Por fax: Envíe una copia de esta notificación a (518) 473-6735.

Si usted vive en la ciudad de Nueva York, puede hacer su petición en persona en una de las siguientes oficinas a continuación:

En persona: (NYC solamente): Traiga una copia de esta notificación a: *Office of Administrative Hearings, of the Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o bien, 330 West 34th Street, 3rd Floor, New York, NY.*

Deseo una audiencia imparcial. No estoy de acuerdo con la decisión porque _____

Firma del cliente: _____ nombre del cliente en letra de molde: _____

Domicilio del cliente: _____

Número de teléfono: _____ Número de caso: _____ Número CIN: _____

DEBE SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DENTRO DE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN.

SI USTED SOLICITA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL, el Estado le enviará una notificación indicándole la hora y el lugar de la audiencia. Usted puede traer consigo a un abogado, a un familiar o a un(a) amigo(a), o a alguien más que pueda ayudarle a exponer su caso. En la audiencia, la persona asignada puede entregarle al funcionario de audiencias una carta, o explicarle directamente, porque la decisión es incorrecta. La persona asignada también puede hacerle preguntas a las personas presentes en la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Si tiene comprobantes que avalen su caso (por ejemplo, una partida de nacimiento), se le sugiere tenerlos a mano.

SI NECESITA ASESORÍA LEGAL GRATUITA, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal o cualquier otro grupo de abogacía. Puede localizar los nombres de otros abogados en la páginas amarillas, bajo «Abogados» (“Lawyers”).

USTED TIENE DERECHO A EXAMINAR EL ARCHIVO DE SU CASO. En preparación para la audiencia imparcial, usted puede llamar o enviar una carta solicitando copias gratis de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación a la audiencia imparcial. Si desea solicitar copias de documentos o si desea averiguar la modalidad a seguir para examinar su expediente, comuníquese con el departamento local de servicios sociales; en la ciudad de Nueva York, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos (*Human Resources Administration*). Se le sugiere solicitar estos documentos antes de la fecha programada de su audiencia. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente lo solicita. Si tiene preguntas pertinentes al Programa de Co-Pagos de Medicaid, llame al 1-800-541-2831.

SI DESEA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SU CASO, si desea examinar su caso, averiguar la modalidad a seguir para solicitar una audiencia imparcial o solicitar copias de su expediente, comuníquese con el departamento local de servicios sociales. En la ciudad de Nueva York, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos de la ciudad (*Human Resources Administration*).

NOTA: *El beneficiario de Medicaid tiene derecho a que se le otorgue una cita, sin embargo, en la audiencia, el oficial puede dictaminar que el beneficiario no tenía derecho a una audiencia o a la continuación de los beneficios si la única cuestión en trámite trata sobre una ley federal o estatal que exige una modificación automática que afecta de manera adversa a ciertos, o a todos los beneficiarios.*