

WGIUPD

**GENERAL INFORMATION SYSTEM**

08/28/08

**DIVISION:** Office of Health Insurance Programs

**PAGE 1**

**GIS 08 MA/025**

**TO:** Local Commissioners, Medicaid Directors

**FROM:** Deborah Bachrach, Deputy Commissioner  
Office of Health Insurance Programs

**SUBJECT:** Medicaid Beneficiary Co-payment Program Changes

**EFFECTIVE DATE:** July 1, 2008

**CONTACT PERSON:** Linda Jones, R.N., Director  
Bureau of Pharmacy Policy and Operations  
Office of Health Insurance Programs  
(518) 486-4309  
ppno@health.state.ny.us

Effective July 1, 2008 Pharmacy co-payments for Medicaid beneficiaries will decrease from \$3.00 to \$1.00 for each preferred brand name prescription drug dispensed.

Medicaid beneficiary notification letters have been mailed. Copies of the Medicaid beneficiary notification letter (English and Spanish) 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

Richard F. Daines, M.D.  
Commissioner

Wendy E. Saunders  
Chief of Staff

June 30, 2008

Dear Medicaid Beneficiary:

**This letter is to tell you about an important change in State Law that may decrease the amount you pay for some drugs at the pharmacy. This amount is called a “co-payment”.**

Starting July 1, 2008, co-payments for certain brand-name prescription drugs called “preferred” drugs will decrease from \$3.00 to \$1.00. The chart below shows your prescription co-payments as of July 1, 2008. If you are not currently taking “preferred” brand name prescription drugs you will not be affected by this change. A list of “preferred” brand name prescription drugs is available to your healthcare providers and is available on the web: [https://newyork.fhsc.com/providers/PDP\\_about.asp](https://newyork.fhsc.com/providers/PDP_about.asp)

Item	Co-Payment	
	Amount	Co-Payment Details
Brand-name prescription drugs	<b>\$3.00</b>	One co-payment charge for <i>each</i> new prescription and <i>each</i> refill.
“Preferred” brand-name prescription drugs	<b>\$1.00</b>	No co-payment for drugs to treat mental illness and tuberculosis.
Generic prescription drugs	<b>\$1.00</b>	See the list below for other conditions that do not require a co-payment

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

- 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) services. This includes family planning drugs or supplies like birth control pills and 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 (HCBS) Waiver Program.
- You are enrolled in the DOH HCBS Waiver Program for Persons with Traumatic Brain Injury (TBI).

If you have questions about your co-payments, you may call Medicaid at 1-800-541-2831 between 8:00 a.m. and 4:45 p.m.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Deborah Bachrach". The signature is written in a cursive style with a large, looping initial "D".

Deborah Bachrach  
Deputy Commissioner  
Office of Health Insurance Programs



# STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH

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

Richard F. Daines, M.D.  
*Commissioner*

Wendy E. Saunders  
*Chief of Staff*

30 de junio de 2008

Estimado beneficiario de Medicaid:

**Por medio de la presente le informamos sobre una modificación importante a la ley estatal, y la cual tendrá como resultado una reducción en el monto que usted paga en la farmacia por ciertos medicamentos. Este monto se conoce comúnmente como «copago».**

A partir del 1º de julio de 2008, los copagos por ciertos medicamentos de marca, conocidos como «preferidos», serán reducidos de \$3.00 a \$1.00. El cuadro a continuación le muestra los copagos en vigencia a partir del 1º de julio por los medicamentos recetados. Si usted actualmente no está tomando medicamentos recetados «preferidos» de marca, este cambio no le afecta de ninguna manera. El personal de salud que le atiende tiene una lista de los medicamentos «preferidos» de marca; usted puede ver esa misma lista en el siguiente sitio web:

[https://newyork.fhsc.com/providers/PDP\\_about.asp](https://newyork.fhsc.com/providers/PDP_about.asp)

Artículo	Monto del Copago	Monto del Copago
Medicamentos de marca recetados	<b>\$3.00</b>	Un copago por <b>cada</b> nueva receta y <b>cada</b> renovación de receta
Medicamentos de marca recetados «preferidos»	<b>\$1.00</b>	No se pagan copagos por medicamentos para tratar enfermedades mentales o la tuberculosis
Medicamentos genéricos recetados	<b>\$1.00</b>	Consulte la lista abajo para saber de otras afecciones médicas que no requieren de un copago

**No tiene que realizar copagos si:**

- 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 finaliza el embarazo. (Probablemente le 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 (*nursing home*).
- Usted reside en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Incapacidades del Desarrollo.
- Usted vive en una Residencia Comunitaria certificada por la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades del Desarrollo.
- Usted participa en un Programa Integral de Medicaid para Administración de Casos o en un Programa de Coordinación de Servicios.
- Usted participa en un Programa de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades del Desarrollo Dispensa de Servicios Domiciliarios y Comunitarios.
- Usted participa en el Programa del Departamento de Salud Dispensa de Servicios Domiciliarios y Comunitarios para Personas con Traumatismo Cerebral.

Si tiene preguntas sobre los copagos, llame a la oficina de Medicaid al 1-800-541-2831 entre las 8:00 de la mañana y las 4:45 de la tarde.

Atentamente,



Deborah Bachrach  
Comisionada Suplente  
Oficina de Programas de Seguro de Médico