NEW YORK STATE
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

(518) 474-9475

LOCAL COMMISSIONERS MEMORANDUM

DSS-4037EL (Rev. 9/89)

Transmittal No: 92 LCM-160

Date: October 21, 1992

Division: Health and Long Term Care

TO: **Local District Commissioners**

SUBJECT: Chapter 41 of the Laws of 1992: Changes to the Medicaid Program

ATTACHMENTS:
1. Dear Medicaid Recipient letter/Spanish translation (not available online)
2. Dear Medicaid Home Relief Recipient letter/Spanish translation (not available online)
3. Medicaid Co-Payment and Podiatry Fact Sheet/Spanish translation (not available online)

This Local Commissioners Memorandum (LCM) is to provide you Spanish translations of the recipient notices and fact sheet referenced in 92 LCM-157. You were informed in 92 LCM-157 that the Spanish translations, which were not available at the time the LCM was sent to you, would follow in a subsequent LCM.

As explained in 92 LCM-157, effective December 1, 1992, certain Medicaid recipients may be asked to contribute to the cost of some medical services/items. Dear Medicaid recipient letters explaining the new program requirements will be mailed in early November, 1992 by the Department to all recipients determined eligible as of October 23, 1992 who have an effective eligibility date of November 1, 1992.

As you were notified in 92 LCM-157, local districts must include the Medicaid and Podiatry Fact Sheet with all State-mandated acceptance notices to PA or MA-only recipients 21 years of age or older (one fact sheet per case). The Fact Sheet also should be given at recertification to clients who are turning age 21 since eligibility was last established.

Note that, due to ongoing litigation regarding co-payments, there may be some changes in the Department's implementation plans. If any changes occur you will be notified by October 23, 1992.

Further questions on the above Medicaid changes may be directed to Richard Nussbaum, 1-800-342-3715, extension 3-5983; user-ID DMA041.

Gregory M. Kaladjian
Executive Deputy Commissioner

NEW YORK STATE

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

(518) 474-9475

November 1, 1992

Estimado(a) Beneficiario(a) del Medicaid:

El pasado mayo, enviamos una carta a todos los beneficiarios del Programa de la Asistencia Médica (Medicaid) informándoles sobre los cambios introducidos en el Programa del Medicaid como consecuencia de una nueva ley. Si Ud. recibía Medicaid en mayo, debe haber recibido esta carta. Se le informaba que, a partir del primero de junio, los proveedores del Medicaid requerirían que Ud. pagara parte del costo de los servicios médicos. Esto es comúnmente conocido con el nombre de copago. También se le informaba que el Medicaid discontinuaría el pago por los servicios de pedicuro (cuidado de los pies), excepto bajo ciertas condiciones. Estos cambios en el Programa del Medicaid fueron aplazados a causa de una orden judicial; sin embargo, ahora ya estamos autorizados a llevar a cabo estos cambios.

PARA ENTENDER LOS CAMBIOS, DEBE LEER ESTA CARTA DETENIDAMENTE

Y CONSERVARLA COMO REFERENCIA PARA EL FUTURO.

COPAGO

A partir del primero de diciembre de 1992, si Ud. tiene 21 años de edad o más, sus proveedores de servicios médicos podrán pedirle el copago.

SI UD. CARECE DE MEDIOS ECONOMICOS PARA SATISFACER EL COPAGO, HAGASELO SABER AL PROVEEDOR(A) CUANDO ESTE LE PIDA EL COPAGO. AUN EN ESTE CASO UD. PODRA OBTENER LOS SERVICIOS QUE NECESITE. EL PROVEEDOR(A) NO PUEDE NEGARSE A PRESTARLE SERVICIOS O A SUMINISTRARLE ARTICULOS QUE UD. NECESITE PORQUE UD. NO PUEDA SATISFACER EL COPAGO.

Existe un número de teléfono, al que puede llamar gratuitamente, a través del cual Ud. puede delatar a los proveedores que se nieguen a prestarle un servicio y le informen que es debido a que Ud. no puede satisfacer el copago. El número de teléfono es **1-800-541-2831** y funciona de lunes a viernes desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde.

Existen algunas exenciones de copago. Para informarse si Ud. o los servicios que Ud. necesita están exentos de copago, debe leer el resto de esta carta.

Su proveedor médico solamente puede pedirle copago por los siguientes servicios:

1. **ESTANCIA INTERNA EN UN HOSPITAL** - El copago por cada ingreso en un hospital (si pasa al menos una noche) es de $25.00. El copago se le pedirá al ser dado(a) de alta.

2. **SERVICIOS EN LA SALA DE EMERGENCIAS** - El copago por cada servicio recibido en la sala de emergencias por razones que no constituyan urgencia, es de $3.00. **Los cuidados de urgencia en la sala de emergencias no requieren copago.** El personal de la sala de emergencias decidirá si los cuidados que Ud. recibe son de urgencia.

3. **VISITAS A UNA CLINICA** - El copago por cada visita a una clínica es de $3.00. Las visitas con el propósito de recibir servicios relacionados con: la salud mental; la incapacidad del desarrollo/retardo mental; el abuso del alcohol o las drogas; la Terapia Directamente Observada de la Tuberculosis;. la planificación familiar; o los Programas de Tratamiento de Mantención con Metadona (Methadone Maintenance Treatment Programs--MMTP) no requieren copago.

Los servicios prestados por médicos de práctica privada no requieren copago. Si Ud. no está seguro, pregúntele a su médico si éste(a) trabaja en una clínica o tiene práctica privada.

4. **MEDICINAS CON RECETA** - El copago por recetas de medicinas patentadas es de $2.00 por cada surtido inicial y cada relleno. El copago por recetas de medicinas genéricas es de $.50 por cada surtido inicial y cada relleno. Ciertos medicamentos empleados en el tratamiento de enfermedades mentales o tuberculosis están exentos de copago. Su farmacéutico podrá indicarle si la medicina que Ud. necesita requiere o no copago.

5. **MEDICINAS SIN RECETA** - El copago por medicinas que no necesitan receta es de $.50 por cada surtido.

6.**ARTICULOS DE ENFERMERIA** - El copago por artículos quirúrgicos o antisépticos es de $1.00 por cada surtido. Ejemplo de estos artículos: bolsas quirúrgicas, parches calientes, vendas, guantes, vaporizadores, etc.

7.**SERVICIOS DE LABORATORIO** - El copago por cada análisis hecho en un laboratorio es de $.50.

8.**RAYOS X** - El copago por cada radiografía es de $1.00. Las radiografías hechas por un médico en su oficina están exentas de copago.

NOTA: Los servicios médicos a domicilio no requieren copago.

EXENCIONES: UD. NO ESTA OBLIGADO(A) AL COPAGO SI:

1. **Carece de medios económicos para pagar** y se lo hace saber a su proveedor(a).

2. Es menor de 21 años de edad.

3. Está embarazada. En este caso, pídale a su médico una nota que indique que Ud. está embarazada. Ud. puede mostrar esta nota a otros proveedores que le pidan un copago. Esta exención continúa por dos meses después del mes en que termina su embarazo.

4. El servicio es provisto a través de un programa médico administrado o una organización de mantenimiento de la salud (HMO). En su oficina local de servicios sociales pueden informarle si Ud. pertenece a uno de estos programas u organizaciones.

5. Reside en una Institución de Cuidados Intermedios para los Incapacitados (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled--ICF/DD) o en una Institución Residencial para Enfermos.

6. Reside en una institución de su comunidad que tenga licencia de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Retraso Mental e Incapacidades del Desarrollo. El personal de su residencia le dará una carta para su proveedor(a), de forma que Ud. no tenga que desembolsar el copago.

7.Recibe servicios de planificación familiar (control de natalidad o fertilidad). Esto incluye medicamentos o artículos relacionados con la planificación familiar como píldoras anticonceptivas o preservativos.

8.Recibe un servicio o cuidado de urgencia. Este tipo de servicio es administrado cuando existe una condición grave que pone en peligro la vida o que puede causar daños irreparables a la salud, y que necesita atención inmediata.

Entre el primero de enero de 1993 y el 31 de marzo de 1993, el máximo copago por medicinas será de $50.00. Si Ud. cree que va a necesitar mas de 25 recetas en el período de tres meses comprendido entre el primero de enero de 1993 y el 31 de marzo de 1993, debe pedir a su farmacéutico que le ayude a mantener un registro de todas las recetas sujetas a copago para saber cuando llega a satisfacer el copago máximo. A partir de entonces no se le pedirá copago por ninguna receta adicional.

A partir del primero de abril de 1993, TODOS los copagos tendrán un máximo anual de $100.00 por beneficiario(a). El Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York registrará todos los copagos en que Ud. haya incurrido y le informará a sus proveedores electrónicamente cuando haya alcanzado el máximo de $100.00, indicándoles que no deben pedirle ningún copago adicional por el resto del año.

Guarde sus recibos de copago si Ud. es elegible para el Medicaid después de gastar parte de sus ingresos en servicios médicos. Los copagos que Ud. satisfaga contarán como parte de estos gastos durante el siguiente mes.

RECUERDE: NINGUN PROVEEDOR(A) PUEDE NEGARSE A PRESTARLE UN SERVICIO O A SUMINISTRARLE MEDICINAS O ARTICULOS MEDICOS PORQUE UD. NO TENGA MEDIOS PARA SATISFACER EL COPAGO Y SE LO HAGA SABER AL PROVEEDOR(A).

CUIDADO DE LOS PIES

A partir del primero de diciembre de 1992, habrá cambios en la cobertura de los servicios de pedicuría (cuidado de los pies) prestados por pedicuros de práctica privada.

1. **Si el beneficiario(a) es menor de 21 años de edad**, el Medicaid pagará por el cuidado de los pies si éste es ordenado por escrito por un médico, una enfermera practicante o una comadrona.

2.**Si el beneficiario(a) es mayor de 21 años de edad, y recibe el Medicare**, el Medicaid continuará pagando los servicios prestados por un pedicuro participante en el Programa del Medicaid.

3. **Si el beneficiario(a) es mayor de 21 años de edad, pero no recibe el Medicare**, el Medicaid no pagará los servicios prestados por pedicuros de práctica privada. Los cuidados de los pies que sean médicamente necesarios, deben ser provistos por clínicas y médicos especializados en ese tipo de servicios.

NOTA: El Medicaid continuará pagando los medicamentos y artículos médicos que hayan sido prescritos u ordenados por un pedicuro de práctica privada y que se le suministren a cualquier tipo de beneficiario(a).

VISTAS IMPARCIALES: Para información acerca de sus derechos a una vista, por favor lea la hoja adjunta. Ud. tiene derecho a una vista si cree que se ha cometido un error con relación a su fecha de nacimiento y Ud. no tiene 21 años o más de edad; o si se cometió un error con relación a su subscripción a un programa administrado o HMO. Durante la vista, el oficial de la vista puede decidir que Ud. no tiene derecho a ésta si el único motivo para la vista es que Ud. no está de acuerdo con el cambio en la ley del Estado.

Atentamente,

Gregory M. Kaladjian
Vicecomisionado Ejecutivo

NOTA AL CAPITULO 41 DE LA ASISTENCIA MEDICA (MA)

(Copago y Cuidado de los Pies)

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Ud. puede solicitar una conferencia para revisar esta decisión. Si Ud. desea solicitar una conferencia, debe hacerlo lo antes posible. Si durante la conferencia descubrimos que la decisión es incorrecta o si, como consecuencia de la información que Ud. proporcione, determinamos cambiar nuestra primera decisión, tomaremos medidas correctivas y le notificaremos la nueva decisión. Ud. puede solicitar una conferencia llamando por teléfono al encargado(a) de su caso, o por escrito, dirigiendo la carta a su agencia local de servicios sociales. Este número es solamente para solicitar una conferencia. Esta no es la forma de solicitar una vista imparcial. Si Ud. solicita una conferencia, también puede tener derecho a una vista imparcial. Si Ud. desea que sus beneficios no cambien hasta que obtenga una decisión por medio de una vista, debe solicitar la vista en la forma que se describe a continuación. La solicitud de la conferencia por sí misma no le dará derecho a la continuación de los beneficios. Lea el párrafo siguiente para informarse acerca de la solicitud de una vista.

SOLICITUD PARA UNA VISTA IMPARCIAL: Estos cambios en los beneficios ofrecidos por el Medicaid están basados en un cambio en las leyes del Estado. Ud. tiene derecho a solicitar una vista si cree que se ha cometido un error en relación con su fecha de nacimiento, o con su subscripción a un Programa de Servicios Administrados o a una Organización para el Mantenimiento de la Salud, pero no porque crea que la nueva ley es injusta. El funcionario de la vista puede determinar que Ud. no tiene derecho a ésta o a la continuación de la Asistencia Médica si el único motivo para la vista es su desacuerdo con el cambio en la ley del Estado. Ud. puede solicitar una vista imparcial de la siguiente manera:

1. Llamando por teléfono: (POR FAVOR TENGA ESTA NOTIFICACION A MANO CUANDO LLAME)
   Si usted vive en: La Ciudad de Nueva York (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550
   Si usted vive en: El Condado de Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming: (716) 852-4868
   Si usted vive en: El Condado de Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates: (716) 266-4868
   Si usted vive en: El Condado de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga: (315) 422-4868
   Si usted vive en: El Condado de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Nassau, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester: (518) 474-8781

o

2. Escribiendo: Enviando una copia de esta notificación debidamente completada a la Fair Hearing Section, New York State Department of Social Services, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor, guarde una copia para usted.

☐ Deseo una vista imparcial. La acción de la Agencia es errónea

porque: _____

_____

_____

Fima del Cliente _____ Fecha _____ Caso _____

USTED TIENE 60 DIAS DESDE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA PEDIR UNA VISTA IMPARCIAL

Si usted solicita una vista imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole acerca de la hora y el lugar de la vista. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). Durante la vista, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral para demostrar la razón por la cual la acción no debe ser llevada a cabo, así como también tendrá la oportunidad de interrogar a cualquier persona que aparezca en la vista. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debe traer a la vista cualesquier documentos, tales como esta notificación, talonarios de pagos salariales, recibos, cuentas médicas, cuentas de calefacción, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

CONTINUACION DE SUS BENEFICIOS: Si usted pide una vista imparcial antes de la fecha indicada en este aviso para que esta acción entre en vigor, usted continuará recibiendo sus beneficios como siempre hasta que se dé a conocer una decisión de la vista imparcial. No obstante, si usted pierde la vista imparcial, nosotros pudiéramos recobrar los beneficios de la Asistencia Médica. Si usted quiere evitar esta posibilidad, puede marcar la casilla de abajo para indicar que usted no desea continuar recibiendo ayuda y enviar esta página junto con su petición de una vista. Si usted marca la casilla, la acción descrita arriba será adoptada en la fecha efectiva que se indica en la primera página de esta notificación.

☐ Accedo a que la acción tomada respecto a mis beneficios de la Asistencia Médica se lleve a cabo, como se describe en este aviso, antes de darse a conocer una decisión de la vista imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratis, usted puede obtener tal ayuda comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o a un grupo de abogacía más cercano, buscando en la Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Lawyers") o llamando al número que se indica en la primera página de esta notificación.

ACCESO A RECORDS/INFORMACION: Usted tiene el derecho de revisar el récord de su caso. Al solicitarlo, usted tiene derecho a copias gratis de los documentos que nosotros presentaremos como evidencia en la vista imparcial. También, al solicitarlo, usted tiene derecho a recibir copias gratis de otros documentros del récord de su caso, los que necesitará para su vista imparcial. Para solicitar esos documentos o para averiguar cómo revisar el récord de su caso, llame al número indicado en la primera página de esta notificación, o envíe una solicitud escrita a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

Si desea obtener información adicional acerca de su caso, o de cómo solicitar una vista, o cómo obtener acceso a la documentación de su caso, o a copias adicionales de los documentos, puede llamar al encargado(a) de su caso o dirigirse por escrito a su agencia local de servicios sociales.

NEW YORK STATE

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

(518) 474-9475

November 1, 1992

Estimado(a) Beneficiario(a) de Ayuda para el Hogar (Home Relief/HR):

El pasado mayo, enviamos una carta a todos los beneficiarios del Programa de la Asistencia Médica (Medicaid) informándoles sobre los cambios introducidos en el Programa del Medicaid como consecuencia de una nueva ley. Si Ud. recibía Medicaid en mayo, debe haber recibido esta carta. Se le informaba que, a partir del primero de junio, los proveedores del Medicaid requerirían que Ud. pagara parte del costo de los servicios médicos. Esto es comúnmente conocido con el nombre de copago. También se le informaba que el Medicaid discontinuaría el pago por los servicios de pedicuro (cuidado de los pies), excepto bajo ciertas condiciones. Estos cambios en el Programa del Medicaid fueron aplazados a causa de una orden judicial; sin embargo, ahora ya estamos autorizados a llevar a cabo estos cambios.

PARA ENTENDER LOS CAMBIOS, DEBE LEER ESTA CARTA DETENIDAMENTE

Y CONSERVARLA COMO REFERENCIA PARA EL FUTURO.

COPAGO

A partir del primero de diciembre de 1992, si Ud. tiene 21 años de edad o más, sus proveedores de servicios médicos podrán pedirle el copago.

SI UD. CARECE DE MEDIOS ECONOMICOS PARA SATISFACER EL COPAGO, HAGASELO SABER AL PROVEEDOR(A) CUANDO ESTE LE PIDA EL COPAGO. AUN EN ESTE CASO UD. PODRA OBTENER LOS SERVICIOS QUE NECESITE. EL PROVEEDOR(A) NO PUEDE NEGARSE A PRESTARLE SERVICIOS O A SUMINISTRARLE ARTICULOS QUE UD. NECESITE PORQUE UD. NO PUEDA SATISFACER EL COPAGO.

Existe un número de teléfono, al que puede llamar gratuitamente, a través del cual Ud. puede delatar a los proveedores que se nieguen a prestarle un servicio y le informen que es debido a que Ud. no puede satisfacer el copago. El número de teléfono es **1-800-541-2831** y funciona de lunes a viernes desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde.

Existen algunas exenciones de copago. Para informarse si Ud. o los servicios que Ud. necesita están exentos de copago, debe leer el resto de esta carta.

Su proveedor médico solamente puede pedirle copago por los siguientes servicios:

1. **ESTANCIA INTERNA EN UN HOSPITAL** - El copago por cada ingreso en un hospital (si pasa al menos una noche) es de $25.00. El copago se le pedirá al ser dado(a) de alta.

2. **SERVICIOS EN LA SALA DE EMERGENCIAS** - El copago por cada servicio recibido en la sala de emergencias por razones que no constituyan urgencia, es de $3.00. **Los cuidados de urgencia en la sala de emergencias no requieren copago.** El personal de la sala de emergencias decidirá si los cuidados que Ud. recibe son de urgencia.

3. **VISITAS A UNA CLINICA** - El copago por cada visita a una clínica es de $3.00. Las visitas con el propósito de recibir servicios relacionados con: la salud mental; la incapacidad del desarrollo/retardo mental; el abuso del alcohol o las drogas; la Terapia Directamente Observada de la Tuberculosis;. la planificación familiar; o los Programas de Tratamiento de Mantención con Metadona (Methadone Maintenance Treatment Programs--MMTP) no requieren copago.

Los servicios prestados por médicos de práctica privada no requieren copago. Si Ud. no está seguro, pregúntele a su médico si éste(a) trabaja en una clínica o tiene práctica privada.

4. **MEDICINAS CON RECETA** - El copago por recetas de medicinas patentadas es de $2.00 por cada surtido inicial y cada relleno. El copago por recetas de medicinas genéricas es de $.50 por cada surtido inicial y cada relleno. Ciertos medicamentos empleados en el tratamiento de enfermedades mentales o tuberculosis están exentos de copago. Su farmacéutico podrá indicarle si la medicina que Ud. necesita requiere o no copago.

5. **MEDICINAS SIN RECETA** - El copago por medicinas que no necesitan receta es de $.50 por cada surtido.

6. **ARTICULOS DE ENFERMERIA** - El copago por artículos quirúrgicos o antisépticos es de $1.00 por cada surtido. Ejemplo de estos artículos: bolsas quirúrgicas, parches calientes, vendas, guantes, vaporizadores, etc.

7.**SERVICIOS DE LABORATORIO** - El copago por cada análisis hecho en un laboratorio es de $.50.

8.**RAYOS X** - El copago por cada radiografía es de $1.00. Las radiografías hechas por un médico en su oficina están exentas de copago.

NOTA: Los servicios médicos a domicilio no requieren copago.

EXENCIONES: UD. NO ESTA OBLIGADO(A) AL COPAGO SI:

1. **Carece de medios económicos para pagar** y se lo hace saber a su proveedor(a).

2. Es menor de 21 años de edad.

3. Está embarazada. En este caso, pídale a su médico una nota que indique que Ud. está embarazada. Ud. puede mostrar esta nota a otros proveedores que le pidan un copago. Esta exención continúa por dos meses después del mes en que termina su embarazo.

4.El servicio es provisto a través de un programa médico administrado o una organización de mantenimiento de la salud (HMO). En su oficina local de servicios sociales pueden informarle si Ud. pertenece a uno de estos programas u organizaciones.

5. Reside en una Institución de Cuidados Intermedios para los Incapacitados (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled--ICF/DD) o en una Institución Residencial para Enfermos.

6. Reside en una institución de su comunidad que tenga licencia de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Retraso Mental e Incapacidades del Desarrollo. El personal de su residencia le dará una carta para su proveedor(a), de forma que Ud. no tenga que desembolsar el copago.

7. Recibe servicios de planificación familiar (control de natalidad o fertilidad). Esto incluye medicamentos o artículos relacionados con la planificación familiar como píldoras anticonceptivas o preservativos.

8. Recibe un servicio o cuidado de urgencia. Este tipo de servicio es administrado cuando existe una condición grave que pone en peligro la vida o que puede causar daños irreparables a la salud, y que necesita atención inmediata.

Entre el primero de enero de 1993 y el 31 de marzo de 1993, el máximo copago por medicinas será de $50.00. Si Ud. cree que va a necesitar mas de 25 recetas en el período de tres meses comprendido entre el primero de enero de 1993 y el 31 de marzo de 1993, debe pedir a su farmacéutico que le ayude a mantener un registro de todas las recetas sujetas a copago para saber cuando llega a satisfacer el copago máximo. A partir de entonces no se le pedirá copago por ninguna receta adicional.

A partir del primero de abril de 1993, TODOS los copagos tendrán un máximo anual de $100.00 por beneficiario(a). El Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York registrará todos los copagos en que Ud. haya incurrido y le informará a sus proveedores electrónicamente cuando haya alcanzado el máximo de $100.00, indicándoles que no deben pedirle ningún copago adicional por el resto del año.

Guarde sus recibos de copago si Ud. es elegible para el Medicaid después de gastar parte de sus ingresos en servicios médicos. Los copagos que Ud. satisfaga contarán como parte de estos gastos durante el siguiente mes.

RECUERDE: NINGUN PROVEEDOR(A) PUEDE NEGARSE A PRESTARLE UN SERVICIO O A SUMINISTRARLE MEDICINAS O ARTICULOS MEDICOS PORQUE UD. NO TENGA MEDIOS PARA SATISFACER EL COPAGO Y SE LO HAGA SABER AL PROVEEDOR(A).

CUIDADO DE LOS PIES

A partir del primero de diciembre de 1992, habrá cambios en la cobertura de los servicios de pedicuría (cuidado de los pies) prestados por pedicuros de práctica privada.

1. **Si el beneficiario(a) es menor de 21 años de edad**, el Medicaid pagará por el cuidado de los pies si éste es ordenado por escrito por un médico, una enfermera practicante o una comadrona.

2.**Si el beneficiario(a) es mayor de 21 años de edad**, y recibe el Medicare, el Medicaid continuará pagando los servicios prestados por un pedicuro participante en el Programa del Medicaid.

3.**Si el beneficiario(a) es mayor de 21 años de edad, pero no recibe el Medicare**, el Medicaid no pagará los servicios prestados por pedicuros de práctica privada. Los cuidados de los pies que sean médicamente necesarios, deben ser provistos por clínicas y médicos especializados en ese tipo de servicios.

NOTA: El Medicaid continuará pagando los medicamentos y artículos médicos que hayan sido prescritos u ordenados por un pedicuro de práctica privada y que se le suministren a cualquier tipo de beneficiario(a).

VISTAS IMPARCIALES: Para información acerca de sus derechos a una vista, por favor lea la hoja adjunta. Ud. tiene derecho a una vista si cree que se ha cometido un error con relación a su fecha de nacimiento y Ud. no tiene 21 años o más de edad; o si se cometió un error con relación a su subscripción a un programa administrado o HMO. Durante la vista, el oficial de la vista puede decidir que Ud. no tiene derecho a ésta si el único motivo para la vista es que Ud. no está de acuerdo con el cambio en la ley del Estado.

NOTA ADICIONAL PARA BENEFICIARIOS DE AYUDA PARA EL HOGAR (HOME RELIEF/HR):

Ud. o un miembro de su familia está registrado como beneficiario(a) del programa de Ayuda para el Hogar (HR) para propósitos del Medicaid. En un futuro próximo podrán establecerse límites en los servicios disponibles a través del Medicaid para los beneficiarios de Ayuda para el Hogar. Ud. podrá conservar la totalidad de los beneficios ofrecidos por el Medicaid si Ud. o un miembro de su familia están bajo una de las siguientes condiciones:

1. Usted está a cargo de un menor de 21 años de edad que es su pariente y vive con Ud.

2. Usted cree que usted es ciego(a) legal o incapacitado(a).

3. Usted es menor de 21 años de edad.

4. Usted está embarazada o estuvo embarazada durante los dos últimos meses.

5. Usted ha solicitado para los beneficios del SSI o para el Seguso Social por Incapacidad pero todavía no ha sido notificado acerca de la aprobación de su solicitud, o usted está en proceso de apelación con respecto a la denegación de su solicitud.

Si Ud. se encuentra dentro de cualquiera de estas cinco circunstancias, debe dirigirse a su oficina local de servicios sociales y pedir que revisen su caso con el objeto de determinar si usted puede obtener el Medicaid sin los límites correspondientes al programa de Ayuda para el Hogar (HR). Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, diríjase a su Centro de Mantención de Ingresos (Income Support Center) o Centro del Welfare (Welfare Center); si Ud. no recibe Welfare, diríjase a su oficina de Medicaid y pida información.

Si decidimos cambiar su categoría, esto no cesará o reducirá la ayuda en efectivo o en cupones de alimentos que se le esté prestando.

Atentamente,

Gregory M. Kaladjian
Vicecomisionado Ejecutivo

HOJA DE DATOS SOBRE COPAGOS Y CUIDADO DE LOS PIES

COPAGO

A los beneficiarios del Medicaid de 21 años de edad o mayores se les podrá pedir que paguen parte del costo de algunos servicios o artículos médicos. Este desembolso se llama copago. Su proveedor(a) de servicios médicos tendrá derecho a pedirle el copago.

SI UD. CARECE DE MEDIOS ECONOMICOS PARA SATISFACER EL COPAGO, HAGASELO SABER AL PROVEEDOR(A) CUANDO ESTE LE PIDA EL COPAGO. AUN EN ESTE CASO UD. PODRA OBTENER LOS SERVICIOS QUE NECESITE. EL PROVEEDOR(A) NO PUEDE NEGARSE A PRESTARLE SERVICIOS O A SUMINISTRARLE ARTICULOS QUE UD. NECESITE PORQUE UD. NO PUEDA SATISFACER EL COPAGO.

Existe un número de teléfono, al que puede llamar gratuitamente, a través del cual Ud. puede delatar a los proveedores que se nieguen a prestarle un servicio y le informen que es debido a que Ud. no puede satisfacer el copago. El número de teléfono es **1-800-541-2831** y funciona de lunes a viernes desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde.

Existen algunas exenciones de copago. Para informarse si Ud. o los servicios que Ud. necesita están exentos de copago, debe leer el resto de esta carta.

Su proveedor médico solamente puede pedirle copago por los siguientes servicios:

1. **ESTANCIA INTERNA EN UN HOSPITAL** - El copago por cada ingreso en un hospital (si pasa al menos una noche) es de $25.00. El copago se le pedirá al ser dado(a) de alta.

2. **SERVICIOS EN LA SALA DE EMERGENCIAS** - El copago por cada servicio recibido en la sala de emergencias por razones que no constituyan urgencia, es de $3.00. Los cuidados de urgencia en la sala de emergencias no requieren copago. El personal de la sala de emergencias decidirá si los cuidados que Ud. recibe son de urgencia.

3. **VISITAS A UNA CLINICA** - El copago por cada visita a una clínica es de $3.00. Las visitas con el propósito de recibir servicios relacionados con: la salud mental; la incapacidad del desarrollo/retardo mental; el abuso del alcohol o las drogas; la Terapia Directamente Observada de la Tuberculosis;. la planificación familiar; o los Programas de Tratamiento de Mantención con Metadona (Methadone Maintenance Treatment Programs--MMTP) no requieren co-pago.

Los servicios prestados por médicos de práctica privada <u>no</u> requieren copago. Si Ud. no está seguro, pregúntele a su médico si éste(a) trabaja en una clínica o tiene práctica privada.

4. **MEDICINAS CON RECETA** - El copago por recetas de medicinas <u>patentadas</u> es de $2.00 por cada surtido inicial y cada relleno. El copago por recetas de medicinas <u>genéricas</u> es de $.50 por cada surtido inicial y cada relleno. Ciertos medicamentos empleados en el tratamiento de enfermedades mentales o tuberculosis están exentos de copago. Su farmacéutico podrá indicarle si la medicina que Ud. necesita requiere o no copago.

5. **MEDICINAS SIN RECETA** - El copago por medicinas que no necesitan receta es de $.50 por cada surtido.

6. **ARTICULOS DE ENFERMERIA** - El copago por artículos quirúrgicos o antisépticos es de $1.00 por cada surtido. Ejemplo de estos artículos: bolsas quirúrgicas, parches calientes, vendas, guantes, vaporizadores, etc.

7. **SERVICIOS DE LABORATORIO** - El copago por cada análisis hecho en un laboratorio es de $.50.

8. **RAYOS X** - El copago por cada radiografía es de $1.00. Las radiografías hechas por un médico en su oficina están exentas de copago.

<u>NOTA</u>: Los servicios médicos a domicilio no requieren copago.

<u>**EXENCIONES**</u>: Ud. no esta obligado(a) al copago si:

1. <u>Carece de medios económicos para pagar</u> y se lo hace saber a su proveedor(a).

2. Es menor de 21 años de edad.

3. Está embarazada. En este caso, pídale a su médico una nota que indique que Ud. está embarazada. Ud. puede mostrar esta nota a otros proveedores que le pidan un copago. Esta exención continúa por dos meses después del mes en que termina su embarazo.

4. El servicio es provisto a través de un programa médico administrado o una organización de mantenimiento de la salud (HMO). En su oficina local de servicios sociales pueden informarle si Ud. pertenece a uno de estos programas u organizaciones.

5. Reside en una Institución de Cuidados Intermedios para los Incapacitados (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled--ICF/DD) o en una Institución Residencial para Enfermos.

6. Reside en una institución de su comunidad que tenga licencia de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Retraso Mental e Incapacidades del Desarrollo. El personal de su residencia le dará una carta para su proveedor(a), de forma que Ud. no tenga que desembolsar el copago.

7. Recibe servicios de planificación familiar (control de natalidad o fertilidad). Esto incluye medicamentos o artículos relacionados con la planificación familiar como píldoras anticonceptivas o preservativos.

8. Recibe un servicio o cuidado de urgencia. Este tipo de servicio es administrado cuando existe una condición grave que pone en peligro la vida o que puede causar daños irreparables a la salud, y que necesita atención inmediata.

Entre el primero de enero de 1993 y el 31 de marzo de 1993, el máximo copago por medicinas será de $50.00. Si Ud. cree que va a necesitar mas de 25 recetas en el periodo de tres meses comprendido entre el primero de enero de 1993 y el 31 de marzo de 1993, debe pedir a su farmacéutico que le ayude a mantener un registro de todas las recetas sujetas a copago para saber cuando llega a satisfacer el copago máximo. A partir de entonces no se le pedirá copago por ninguna receta adicional.

A partir del primero de abril de 1993, TODOS los copagos tendrán un máximo anual de $100.00 por beneficiario. El Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York registrará todos los copagos en que Ud. haya incurrido y le informará a sus proveedores electrónicamente cuando haya alcanzado el máximo de $100.00, indicándoles que no deben pedirle ningún copago adicional por el resto del año.

Guarde sus recibos de copago si Ud. es elegible para el Medicaid después de gastar parte de sus ingresos en servicios médicos. Los copagos que Ud. satisfaga contarán como parte de estos gastos durante el siguiente mes.

RECUERDE: NINGUN PROVEEDOR(A) PUEDE NEGARSE A PRESTARLE UN SERVICIO O A SUMINISTRARLE MEDICINAS O ARTICULOS MEDICOS PORQUE UD. NO TENGA MEDIOS PARA SATISFACER EL COPAGO Y SE LO HAGA SABER AL PROVEEDOR(A).

CUIDADO DE LOS PIES

A partir del primero de diciembre de 1992, habrá cambios en la cobertura de los servicios de pedicuría (cuidado de los pies) prestados por pedicuros de práctica privada.

1. **Si el beneficiario(a) es menor de 21 años de edad**, el Medicaid pagará por el cuidado de los pies si éste es ordenado por escrito por un médico, una enfermera practicante o una comadrona.

2. **Si el beneficiario(a) es mayor de 21 años de edad**, y recibe el Medicare, el Medicaid continuará pagando los servicios prestados por un pedicuro participante en el Programa del Medicaid.

3. **Si el beneficiario(a) es mayor de 21 años de edad, pero no recibe el Medicare**, el Medicaid no pagará los servicios prestados por pedicuros de práctica privada. Los cuidados de los pies que sean médicamente necesarios, deben ser provistos por clínicas y médicos especializados en ese tipo de servicios.

NOTA: El Medicaid continuará pagando los medicamentos y artículos médicos que hayan sido prescritos u ordenados por un pedicuro de práctica privada y que se le suministren a cualquier tipo de beneficiario(a).

VISTAS IMPARCIALES: Para información acerca de sus derechos a una vista imparcial, por favor lea la hoja adjunta. Ud. tiene derecho a una vista si cree que se ha cometido un error con relación a su fecha de nacimiento y Ud. no tiene 21 años o más de edad; o si se cometió un error con relación a su subscripción a un programa administrado o HMO. Durante la vista, el oficial de la vista puede decidir que Ud. no tiene derecho a ésta si el único motivo para la vista es que Ud. no está de acuerdo con el cambio en la ley del Estado.