

1 de diciembre del 2006

## **Aviso sobre reducción de beneficios**

### Información importante sobre su cobertura de medicamentos

#### PARA AQUELLAS PERSONAS QUE RECIBEN MEDICARE Y MEDICAID

**Nuestros archivos indican que usted recibe MEDICARE y Medicaid. Si cree que no es así, llame inmediatamente a la persona a cargo de su caso de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales del condado. En la ciudad de Nueva York, llame al (877) 472-8411.**

Desde el 1<sup>ero</sup> de enero de 2006, MEDICARE Parte D comenzó a brindar cobertura de medicamentos a aquellas personas que reciben ambos seguros, MEDICARE y Medicaid. Debido a que algunas personas que reciben MEDICARE y Medicaid estaban teniendo problemas para obtener sus medicamentos del nuevo programa de medicamentos de MEDICARE, Medicaid pagó gran parte de los medicamentos de manera temporal. Sin embargo, de acuerdo con la ley del Estado de Nueva York, esta cobertura cambiará.

**Comenzando el 1<sup>ero</sup> de enero del 2007, Medicaid cubrirá solamente los siguientes tipos de medicamentos cuando el plan de medicamentos de MEDICARE no los cubra: antidepresivos, antipsicóticos atípicos y antirretrovíricos usados en el tratamiento de VIH / SIDA y medicamentos antirechazantes usados en el tratamiento de trasplante de órganos y tejidos.** Además, Medicaid continuará pagando por ciertos medicamentos que el plan de MEDICARE no cubre. Tales como: benzodiazepinas, barbitúricos, algunas vitaminas y ciertos medicamentos de venta libre.

Tiene derecho a solicitar una apelación si cree que esta reducción en beneficios es incorrecta; pero se le otorgará una audiencia solamente si usted cree que la ley no aplica a su caso en particular o si usted cree que la información que tenemos de usted es incorrecta. Si desea apelar en contra de esta decisión, lea el reverso de esta carta.

Para cerciorarse que para el 1<sup>ero</sup> de enero del 2007 tendrá todas las medicinas que necesita, hable con su farmacéutico cuanto antes. Pregúntele al farmacéutico si todavía Medicaid paga los medicamentos que el programa de Medicamentos de MEDICARE Parte D debería cubrir. Si este fuera el caso, el farmacéutico o usted debería comunicarse con el médico o con la enfermera especialista para averiguar si otro medicamento similar, cubierto por el Plan de Medicamentos de MEDICARE, tendría el mismo efecto. Usted, su médico, el farmacéutico o la enfermera especialista, puede llamar o consultar el manual informativo de su plan para saber qué medicamentos cubre el plan. En caso de que existan requisitos especiales que usted debe cumplir para obtener los medicamentos, deberían estar indicados en el plan. Así como también, información sobre cómo puede obtener cobertura de medicamentos en caso de que éstos no sean cubiertos por el plan.

Recuerde: dado que usted recibe ambos, MEDICARE y Medicaid, necesita inscribirse en un plan de medicamentos de MEDICARE para poder recibir cobertura de medicamentos\*. Si ha recibido la Notificación Anual de Cambios del plan de medicamentos de MEDICARE indicándole que las primas de la Parte D han incrementado y de que usted es responsable por el pago parcial de esas primas, considere si quizás le convenga cambiarse a otro plan. Si necesita ayuda para seleccionar el plan de medicamentos que cubra sus medicinas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O llame al Centro de Información de Seguro Médico y Programa de Asistencia (HIICAP) al 1-800-701-0501. Junto con esta carta adjuntamos una lista de los planes de medicamentos que puede escoger y que además no cobran primas.

*\*Algunas personas no tienen que adherirse a un plan de medicamentos de MEDICARE porque ya tienen un plan de salud para jubilados por parte del empleador o sindicato. Si ha recibido una carta donde se le indica que perderá la cobertura de seguro si usted se adhiere a un plan de medicamentos de MEDICARE, debe entregar una copia de esa carta a la oficina local de Medicaid.*

## **DERECHO A UNA CONFERENCIA O AUDIENCIA IMPARCIAL**

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en base a lo tratado en la conferencia, determinamos que nuestra decisión es incorrecta o si usted nos brinda nuevos datos que apoyen el cambio en nuestra decisión, le enviaremos una nueva notificación. Usted puede solicitar una conferencia llamando o enviando una petición por escrito al departamento local de servicios sociales. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se tome una decisión de su caso en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera descrita a continuación. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** los cambios en la cobertura de Asistencia Médica se basan en reglas y leyes estatales. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si cree que nuestra decisión es incorrecta; no tiene derecho a una audiencia imparcial porque usted crea que la nueva regla o ley es injusta. Durante el transcurso de la audiencia, el oficial a cargo puede decidir que usted no tiene derecho a una audiencia si el único tema a tratar es el cambio en la regla o ley estatal.

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

**Por 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 del 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  
Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York  
Fair Hearings  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

**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 las siguientes oficinas.**

**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 al 330 W. 34<sup>th</sup> Street, 3<sup>rd</sup> Fl., New York, NY.

**Deseo una audiencia imparcial.** No estoy de acuerdo con la decisión porque \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Domicilio del cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_ Número CIN: \_\_\_\_\_

### **USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse así mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia.

Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente, tales como: talonario de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

**CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS:** si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en esta notificación, en algunos casos continuará recibiendo beneficios sin cambio alguno. Se suspenderán sus beneficios en espera de la decisión que se tome en la audiencia imparcial, cuando la única cuestión a tratar sean cambios en la legislación. Si la apelación es por otros motivos, tales como, si los cambios en la legislación atañen a su caso en particular o por otros motivos concretos, entonces sus beneficios continuarán sin cambios, pendiente la decisión de la audiencia. Sin embargo, si la audiencia no se decide a su favor, podríamos pedirle que nos devuelva la cantidad correspondiente a los beneficios de Asistencia Médica que usted recibió y que no tenía que haber recibido. Si no quiere que esto ocurra, marque la siguiente casilla indicando que no quiere que continúen sus beneficios, y mande esta hoja junto con la petición de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se llevará a cabo en la fecha fijada arriba.

Estoy de acuerdo en que se tome la decisión indicada en esta notificación con respecto a mis beneficios de Asistencia Médica antes de la decisión de la audiencia imparcial.

**ASISTENCIA LEGAL:** 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 la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía en las Páginas Amarillas del directorio telefónico bajo «Lawyers» (abogados), o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias 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 otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para 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 oficina de Recursos Humanos (*Human Resources Administration*). Si necesita ayuda para localizar el número de teléfono o dirección de la oficina local de servicios sociales o la oficina de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York, llame la Línea Directa de Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. 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 los solicita.

**SI DESEA MÁS INFORMACIÓN 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 (*Human Resources Administration*).