

INFORMAZIONI IMPORTANTI SU UNA MODIFICA DELLA COPERTURA DI FARMACI SOGGETTI A PRESCRIZIONE

DATA DI NOTIFICA:		DECORRENZA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE	
NUMERO DI PRATICA		Nome unità o operatore			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO					
				N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA	
				OPPURE Incontro con agenzia _____ Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____ Accesso agli atti _____ Informazioni sull'assistenza legale _____	
N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO	

Le stiamo inviando questa notifica perché ci risulta che la seguente persona/le seguenti persone, iscritte a Medicaid, possono avere diritto a MEDICARE o a ricevere i sussidi Medicare con decorrenza da _____.

Nominativo _____ N. ID cliente _____

Nominativo _____ N. ID cliente _____

Se riceve pieni sussidi Medicaid ed è iscritto a MEDICARE, deve iscriversi a un programma di farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE Part D. Se non partecipa a un programma di farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE Part D (Part D), potrebbe perdere tutti i sussidi Medicaid. Questo programma si basa sulla Sezione 1935 (d)(1) della Social Security Act (Legge sulla previdenza sociale), in base alla quale Medicaid deve interrompere il pagamento dei farmaci soggetti a prescrizione dal momento in cui Medicare inizia a pagare.

Medicaid continuerà tuttavia a sostenere gli altri costi della sua assistenza sanitaria. Medicaid continuerà inoltre a fornire la copertura di alcuni particolari farmaci, quali benzodiazepine e certi medicinali da banco.

Se non è già iscritto a un programma di farmaci soggetti a prescrizione Part D, i CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services, Centri per i servizi Medicare e Medicaid) la iscriveranno automaticamente a un programma di valutazione Part D e le invieranno una lettera per informarla del programma a cui è stato iscritto. Il programma le invierà informazioni relative ai propri servizi insieme a una tessera di iscrizione alla copertura dei farmaci soggetti a prescrizione da presentare in farmacia per ottenere i medicinali. Se è iscritto a un programma di valutazione, non dovrà versare alcun premio mensile. Dovrà versare solo un piccolo contributo per ciascun farmaco soggetto a prescrizione in conformità al programma di assistenza farmaceutica Medicare. Se risiede in una struttura sanitaria, quale una casa di cura, per almeno un mese intero, non dovrà versare alcun contributo. Un programma di valutazione offre farmaci soggetti a prescrizione a costi minimi. Un programma di valutazione potrebbe non essere in grado di fornirle tutti i farmaci che le occorrono. Tuttavia, tutti i programmi Part D devono consentirle in qualche modo di ottenere i farmaci clinicamente necessari non compresi nella loro copertura.

Può scegliere di cambiare i programmi in qualsiasi momento, fino a una volta alla settimana. Può scegliere di iscriversi a un programma diverso, il quale tuttavia potrebbe risultare più costoso per lei. Per assistenza sul programma più indicato per le sue esigenze di farmaci soggetti a prescrizione, la preghiamo di chiamare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o l'HIICAP (Health Insurance Information Counseling & Assistance Program, Programma di informazione, consulenza e assistenza sull'assicurazione sanitaria) al numero 1-800-701-0501. Gli utenti che utilizzano apparecchi telefonici TTY dovranno comporre il numero 1-877-486-2048. Alla presente lettera è accluso un elenco di programmi di valutazione disponibili **gratuitamente**. Se sceglie un programma non di valutazione, dovrà rispondere parzialmente del pagamento dei premi mensili.

Tutti i programmi di farmaci soggetti a prescrizione Medicare Part D devono consentirle mediante qualche procedura di ottenere i farmaci clinicamente necessari non compresi nella loro copertura. I programmi di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE devono garantirle almeno una fornitura a breve termine dei farmaci che sta assumendo attualmente (in genere, la fornitura di un mese). Se invece ritiene che il suo nuovo programma di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE non riguardi un farmaco clinicamente necessario da lei assunto, le consigliamo di consultare l'operatore sanitario (medico curante, clinica ecc.). Quest'ultimo può decidere se ricorrere a un farmaco sostitutivo, compreso nel programma di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione.

Se l'operatore sanitario ritiene che non sia possibile sostituire i farmaci, lei o l'operatore deve contattare il programma di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE per richiedere una "eccezione". Il suo medico curante dovrà fornire al programma informazioni relative al motivo per cui lei richiede questo particolare farmaco.

Se il programma respinge la sua richiesta di eccezione, può fare ricorso contro la decisione del programma. Contatti direttamente il suo programma o consulti la guida del programma per istruzioni su come presentare un ricorso. Il ricorso può essere presentato da lei o per suo conto dal medico curante o da un rappresentante con delega.

Alcuni soggetti sono esonerati dall'obbligo di iscriversi a un programma di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE in quanto dotati di un piano assicurativo per pensionati aziendale/sindacale. Se ha ricevuto una lettera in cui viene avvisato che perderà la copertura assicurativa sanitaria qualora dovesse iscriversi a un programma di copertura dei farmaci soggetti a prescrizione MEDICARE, dovrà fornire una copia di tale lettera all'ufficio Medicaid locale.

Ha diritto a presentare un ricorso se pensa che la legge non riguardi il suo caso o se ritiene che disponiamo di informazioni errate su di lei. Se richiede un ricorso perché crede che la legge sia errata, la decisione sul suo ricorso verrà presa senza udienza. Se vuole presentare ricorso contro questa azione, la preghiamo di leggere la sezione relativa all'incontro e all'udienza imparziale.

DIRITTO A UN INCONTRO: può richiedere un incontro per rivedere queste azioni. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta il prima possibile. All'incontro, se riconosciamo di aver preso la decisione errata o se, per le informazioni forniteci, stabiliamo di cambiare la nostra decisione, intraprenderemo un'azione correttiva e gliene daremo comunicazione. Potrà richiedere un incontro chiamandoci al numero riportato nella prima pagina di questa notifica oppure inviandoci una richiesta per iscritto all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali specifici della polizza, documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "Accesso agli atti" indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Se desidera una copia gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE: se ritiene che l'azione intrapresa sia errata, potrà richiedere un'udienza imparziale di Stato:

- 1) **Telefono:** può chiamare il numero verde valido su tutto il territorio dello Stato: 800-342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA) **OPPURE**
- 2) **Fax:** invii una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) **Online:** compili e invii il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4) **Per posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica al seguente indirizzo: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.

Desidero un'udienza imparziale. L'azione intrapresa dall'agenzia è errata perché: _____

Nome in stampatello: _____ Numero pratica _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Firma del cliente: _____ Data: _____

HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE: se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui l'azione non andrebbe intrapresa, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni per deporre a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc.

CONTINUAZIONE DEI SUSSIDI: se richiede un'udienza imparziale prima della decorrenza indicata nella presente notifica, continuerà a ricevere i sussidi fino all'emissione della decisione dell'udienza imparziale. Tuttavia, in caso di decisione a lei sfavorevole dopo l'udienza imparziale, potremmo recuperare il costo di eventuali sussidi Medicaid che lei non ha ricevuto. Se preferisce evitare questa evenienza, contrassegni la casella qui sotto per indicare che non desidera la continuazione dell'assistenza e invii questa pagina insieme alla richiesta di udienza. Se sceglie di contrassegnare la casella, l'azione sopra descritta verrà intrapresa alla decorrenza indicata sopra.

Accetto che l'azione venga intrapresa riguardo ai miei sussidi Medicaid, come descritto nella presente notifica, prima dell'emissione della decisione dell'udienza imparziale.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

INFORMAZIONI: se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica.

ATTENZIONE: i minori di 19 anni d'età che non hanno diritto a iscriversi a Medicaid o ad altri programmi di assicurazione sanitaria potrebbero avere diritto a iscriversi al programma di assicurazione sanitaria Child Health Plus. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.