



La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas: Como tramitar o presentar una queja formal, determinación de cobertura o apelación.

Medicare ofrece cobertura para recetas médicas a través de los planes de Medicare para medicamentos. Para obtener la cobertura, usted puede:

- 1) Inscribirse en un Plan de Medicare para Recetas Médicas que agregue esta cobertura al Plan Original de Medicare, a algunos de los Planes de Costo de Medicare, algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.
- 2) Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que incluya como parte del plan, la cobertura de recetas médicas. Usted recibirá todos los beneficios de Medicare y la cobertura de medicamentos a través del plan.

Los planes Medicare de recetas médicas cubren las medicinas genéricas y de marca. Los planes pueden tener normas sobre qué medicamentos cubren en las distintas categorías. Fíjese si su plan cubre sus medicamentos. Los planes de recetas médicas tienen una lista de medicamentos cubiertos (formulario). Esta lista siempre debe cumplir con los requisitos de Medicare. Aun si su medicamenta está en la lista, pueden existir normas especiales para llenar la receta. La lista puede cambiar durante el año porque las terapias con medicamentos cambian, y aparecen nuevos tratamientos y medicamentos. Si el cambio afecta sus medicamentos, el plan se lo notificará por los menos 60 días antes de hacer el cambio en el formulario y usted tendrá la oportunidad de pedir una excepción (vea la página siguiente).

*Mi Salud.
Mi Medicare.*



¿Qué pasa si tengo una queja sobre mi plan?

Usted tiene el derecho a tramitar una queja/queja formal con el plan. Debe presentar su queja dentro de los 60 días que lo llevo a tomar esa decisión. Algunos ejemplos del porque quisiera presentar una queja/queja formal incluyen lo siguiente:

- Usted cree que las horas de operación del servicio al cliente que ofrece su plan deben ser diferentes.
- Tiene que esperar mucho para una receta.
- La farmacia le cobra más de lo que usted piensa debe ser.
- La compañía que ofrece su plan han enviado materiales no relacionados con el plan de medicamentos que usted seleccionó en primer lugar.
- El plan no le envía la decisión sobre una cobertura determinada o el primer nivel de apelación requerido (vea “Cómo Apelar” número 1) dentro del tiempo establecido o indicado. (Una determinación de cobertura es una decisión tomada por un plan de recetas médicas de Medicare sobre si un medicamento debe estar cubierto y cuánto debe pagar usted por dicha receta.)
- El plan no tomó una decisión sobre una determinación de cobertura o primer nivel de apelación dentro del tiempo establecido o indicado y no envió su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por su sigla en inglés).
- Está en desacuerdo con la decisión del plan en no conceder su petición o solicitud para una determinación de cobertura acelerada o primer nivel de apelación más rápida (conocida como redeterminación).
- El plan no proveyó las notificaciones requeridas.
- Las notificaciones del plan no siguen las reglas de Medicare.

Si quiere presentar una queja formal debe saber lo siguiente:

- Usted puede presentar su queja por teléfono o por escrito.
- Debe presentar su queja dentro de los 60 días que lo llevó a tomar esa decisión.
- Por lo general, el plan tiene 30 días a partir de la fecha de haber recibido su solicitud para darle la decisión.
- Si la queja se trata sobre la denegación del plan para acelerar una determinación de cobertura o una redeterminación y usted todavía no ha comprado ni ha recibido el medicamento, el plan tendrá que darle una decisión 24 horas después de haber recibido su solicitud.

Si piensa que le cobraron mucho por un medicamento recetado, llame a la compañía que ofrece el plan para conseguir el precio actual de la medicina. Si el plan no responde correctamente a su queja, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



¿Qué pasa si mi plan no cubre el medicamento que necesito?

Si su farmacéutico le dice que su plan Medicare de recetas médicas no cubre un medicamento que usted cree debe ser cubierto, o que cubrirá dicho medicamento a un costo más alto que el que usted piensa debe ser y le requieren que pague, tiene derecho a:

- Solicitar una determinación de cobertura de su plan.
- Pagar por la receta, guardar el recibo, y pedirle a su plan que le reembolse el dinero a través de una determinación de cobertura.
- Solicitar una determinación de cobertura si su plan le exige probar otro medicamento antes de que pague por el medicamento que le fue prescrito, o hay un límite en la cantidad o la dosis de la medicina prescrita y usted está en desacuerdo con el límite.

Usted, su médico, o representante legal (vea la “Nota” a continuación) puede llamar o escribirle al plan para solicitar que el plan cubra el medicamento que usted necesita. Usted puede escribir una carta o puede usar el formulario “Petición Modelo para la Determinación de Cobertura” para solicitar la determinación de cobertura de su plan. Puede obtener una copia del formulario visitando www.cms.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp por Internet.

Nota: Cualquier persona que usted elija, como un miembro de su familia o su doctor, podrá ayudarle a solicitar una determinación de cobertura o una apelación. Llame a su plan para aprender como nombrar un representante.



¿Qué pasa si mi plan no cubre el medicamento que necesito? (continuación)

Usted puede presentar un pedido estándar o un pedido acelerado para la decisión de su cobertura. Su pedido se acelerará si el plan determina, o su médico le indica al plan, que su vida o salud corren peligro si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar. Una vez que su plan haya recibido la solicitud, tiene 72 horas (para un pedido de cobertura estándar o de reembolso) o 24 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para notificarle su decisión.

Importante: Para ciertos tipos de determinaciones de cobertura (llamadas “excepciones”), necesitará presentar una declaración de su médico explicando la razón por la cual necesita el medicamento que está solicitando. Usted necesitará esta declaración si

- está pidiendo que cubran un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (formulario).
- quiere que el plan cubra un medicamento no preferido al costo de uno preferido.
- su médico piensa que usted no puede satisfacer uno de los requisitos de la cobertura de su plan, tales como, autorización previa, límite en la dosis o cantidad del medicamento.

Pregúntele al plan si necesita la declaración del médico, y si debe ser por escrito. Una vez que su plan la reciba, comienza el período de decisión del plan.

¿Cómo Apelar?

Si el plan decide en contra de usted, tiene el derecho de apelar la decisión. Hay cinco niveles disponibles para apelar. **Usted debe seguir el orden de los pasos enumerados a continuación.**

Nota: Cuando se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas, el plan le enviará información sobre el proceso de apelaciones del plan. Lea dicha información cuidadosamente y guárdela en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente. Llame al plan si tiene preguntas.



¿Cómo Apelar? (continuación)

1. Apelación a través de su plan

El primer nivel se llama “redeterminación”. El aviso inicial de negación del plan le explicará como presentar un apelación. Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha del aviso de la determinación de cobertura. Un pedido estándar debe realizarse por escrito a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted (su representante o su médico) puede llamar o escribirle al plan para solicitar una decisión acelerada (también conocida como redeterminación acelerada). Se acelerará la decisión si su plan determina o su médico le indica al plan que su vida o su salud corre serio peligro si tiene que esperar por la decisión estándar. Encontrará la dirección del plan en los documentos de su plan y en cualquier decisión desfavorable sobre la determinación de cobertura que reciba. Una vez que el plan haya recibido su pedido de apelación, tiene 7 días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

Su apelación por escrito debe incluir lo siguiente:

- Su nombre, dirección, y su número de seguro de salud (HIC por su sigla en inglés) que se encuentra en su tarjeta de Medicare.
- El nombre del medicamento recetado que usted quiere que el plan cubra.
- Sus razones por las que quiere apelar y cualquier evidencia que pueda ayudar su caso.
- Su firma o la de su representante designado.

Si quiere designar a un representante para ayudarle con su apelación, incluya documentación que demuestra la autoridad de la persona para representarlo, tal como el formulario “Nombramiento de Representante” (CMS-1696) completado. Para obtener una copia de este formulario, visite www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf por Internet.



¿Cómo Apelar? (continuación)

2. Revisión por una Entidad de Revisión Independiente (llamada “reconsideración”)

Si el plan se decide nuevamente en su contra, usted puede pedir una revisión por una Entidad de Revisión Independiente (IRE por su sigla en inglés). Usted o su representante debe hacer el pedido estándar o acelerado por escrito dentro de los 60 días de la fecha de la decisión de redeterminación del plan. El pedido debe enviarse al IRE por correo o al número de fax enumerado en la decisión de redeterminación del plan. La decisión se le enviará por correo. Se acelerará la decisión si el IRE determina, o su médico le manifiesta al IRE, que su vida o su salud corre serio peligro si tiene que esperar por la decisión estándar.

Nota: Si su plan emite una **redeterminación desfavorable**, debe también enviarle el formulario “Petición para una Reconsideración” que puede usar para pedir una reconsideración. Si usted no recibe este formulario, llame a su plan y pídale. También puede obtenerlo visitando www.cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp por Internet.

El IRE tiene 7 días (para una petición estándar o petición de pago) o 72 horas (para una petición acelerada) a partir de la fecha en que reciba su solicitud para notificarle de su decisión.

3. Audiencia con un Juez Administrativo

Si el IRE está de acuerdo con la decisión de su plan, usted (o su representante) puede solicitar una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ por su sigla en inglés). Debe solicitarlo por escrito dentro de los 60 días de la decisión del IRE. Usted debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración del IRE. Para que le otorguen la audiencia con un ALJ, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una suma mínima (usted podría combinar varios reclamos para alcanzar la cantidad mínima requerida). La decisión del IRE incluirá esta cantidad.

4. Revisión por un Consejo de Apelaciones de Medicare

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, usted (o su representante designado) puede pedir por escrito una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés), dentro de los 60 días de la fecha de la decisión del ALJ. Usted debe enviar el pedido a la entidad especificada en el aviso de decisión del ALJ.



¿Cómo Apelar? (continuación)

5. Revisión por la Corte Federal

Si no está de acuerdo con la decisión del MAC, usted (o su representante designado) tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de la decisión del MAC para pedir una revisión por escrito por parte una corte Federal. Usted debe enviar su petición a la entidad especificada en el aviso del MAC. Para que le otorguen una revisión de la corte Federal, el valor de la cobertura denegada debe ser de una cantidad mínima. La decisión del MAC incluirá la cantidad.

¿Para Más Información?

- Visite www.cms.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev por Internet para información detallada sobre las apelaciones y querellas de Medicare para medicamentos recetados.
- Revise el manual de “Medicare y Usted”, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los detalles de los planes Medicare de recetas médicas. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para asesoramiento personalizado y gratis. Visite www.medicare.gov por Internet. Bajo “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles” (disponible sólo en inglés). O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono.
- Asista a los eventos locales relacionados con Medicare. Busque información sobre estos eventos en su periódico local o espere a escuchar la información en la radio.