

Cómo utilizar su plan de medicamentos recetados de Medicare: *Qué hacer si su medicamento no está cubierto*

PRIMAVERA DE 2007



www.YourPharmacyBenefit.org

Índice

¿Cómo funciona?	1
¿Cuándo debería solicitar cobertura?	2
¿Cómo sé si mi medicamento está cubierto?	3
¿Quién puede solicitar la cobertura?	4
Cómo solicitar la cobertura: paso por paso	5
Cómo solicitar la cobertura: el proceso a grandes rasgos.	7
Cómo escribir una carta de apelación.	8
Modelo de carta de apelación.	9

Índice de definiciones

Proceso de apelación	1
Copago	2
Copago por nivel	3
Determinación de cobertura	1
Denegación.	1
Excepción.	1
Solicitud acelerada	5
Formulario.	2
Proveedor de atención médica	1
Autorización previa	2

Es posible que su plan de medicamentos recetados de Medicare no cubra automáticamente cada medicamento que le recete su **proveedor de atención médica**. Si está en esta situación, tiene opciones. Con un poco de perseverancia, a menudo puede lograr que su plan cubra el medicamento que necesita. Continúe leyendo para saber cuándo y cómo solicitar la cobertura a su plan de Medicare.

A lo largo de esta guía, verá palabras **en negrita** que tal vez no conozca. Estas palabras se utilizan con frecuencia en materiales sobre seguros de salud, de modo que aprenderlas lo ayudará a comprender la información que obtenga de Medicare y de su plan. Hemos incluido definiciones de estos términos para usted en el margen de la página.

¿Cómo funciona?

En primer lugar, debe pedirle a su plan que cubra el medicamento. Esta solicitud se denomina **determinación de cobertura**. Algunos tipos de determinación de cobertura, llamados **excepciones**, requieren una declaración de su proveedor de atención médica que explique por qué el medicamento que usted solicita es necesario por motivos médicos. Tras la determinación de cobertura, Medicare tiene un **proceso de apelación** formal que usted puede utilizar para pedirle a su plan de medicamentos de Medicare que vuelva a evaluar la **denegación** de la cobertura. Es importante utilizar los términos específicos que emplea Medicare para cada paso del proceso. Puede aprender más sobre la determinación de cobertura y los pasos específicos del proceso de apelación de Medicare en la página 5 de este folleto.



CONSEJO: Si su plan tiene un deducible, es posible que no pague nada del costo del medicamento hasta que usted haya alcanzado su deducible— incluso si su medicamento está cubierto (en el formulario de su plan). Antes de solicitar la cobertura, asegúrese de preguntarle al farmacéutico por qué su plan no pagó.

Proveedor de atención médica:

Cuando solicite la cobertura, necesitará trabajar con la persona que recetó el medicamento en cuestión. Esta persona puede ser un médico, un enfermero practicante, un auxiliar médico, un odontólogo, un psiquiatra u otro profesional médico.

Determinación de cobertura:

La primera decisión que realiza un plan acerca de los beneficios que le puede otorgar.

Excepción:

Una solicitud para que su plan pague por un medicamento por el cual normalmente no pagaría. La solicitud de una excepción generalmente debe incluir una declaración de su proveedor de atención médica.

Proceso de apelación:

Pasos a seguir para solicitar a su plan de medicamentos de Medicare que vuelva a evaluar la decisión que tomó sobre su cobertura.

Denegación:

Cuando le dicen que su plan no pagará nada del costo de un medicamento en particular en ningún momento del año.

¿Cuándo debería solicitar la cobertura?

Solicitar cobertura cuando su medicamento no esté cubierto puede ayudarlo a conseguir los medicamentos que necesita para estar sano. También puede ayudarlo a controlar sus costos. Puede iniciar el proceso y luego esperar la aprobación para conseguir un medicamento que no esté cubierto. O, si necesita el medicamento inmediatamente, puede pagarlo de su bolsillo y luego iniciar el proceso para pedir que el plan le reembolse el dinero del mismo.

Formulario: Un listado del plan en el que se enumera qué medicamentos están cubiertos y a qué nivel de copago.

La información de este folleto está relacionada con situaciones en las que es posible que usted quiera solicitar cobertura porque el medicamento que le recetó su proveedor de atención médica no está en el **formulario** de su plan, lo que significa que no está cubierto por su plan.

Usted también puede solicitar la cobertura si:

Autorización previa: Un tipo de determinación de cobertura que requiere que su proveedor de atención médica obtenga la aprobación del plan antes de que el mismo pague por un medicamento.

- Pidió una **autorización previa** que le fue denegada.
- Su plan requiere que intente primero utilizar un medicamento de menor costo pero usted ya lo ha intentado y no le ha dado resultado, o bien su proveedor de atención médica sabe que no puede tomar tal medicamento por algún motivo.
- Su plan restringe la cantidad de pastillas que puede tomar de un medicamento en particular.
- Su medicamento tiene un **copago** alto y usted quiere pedir un copago más bajo porque los medicamentos similares de copago más bajo no le dan resultado o su proveedor de atención médica sabe que no puede tomar tales medicamentos por algún motivo.

Copago: importe fijo, por ejemplo \$ 10, que una persona asegurada paga por servicios de salud o medicamentos, cualquiera sea el costo real de ese servicio o medicamento.

En estas situaciones los pasos a seguir en el proceso son similares, pero no están detallados en esta guía. Para más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

CONSEJO: Si su receta es denegada la primera vez que usted utiliza un nuevo plan de recetas médicas de Medicare para renovar un medicamento que estuvo tomando, usted, su farmacéutico o su proveedor de atención médica deben pedirle al plan un “suministro transitorio”. Esto les da a usted y a su proveedor de atención médica 30 días para decidir si debe cambiar a un medicamento que esté cubierto o solicitar la cobertura de su plan. Asegúrese de seguir los pasos adecuados, o ¡es posible que su medicamento no esté cubierto la próxima vez que desee renovar la receta!

¿Cómo sé si mi medicamento está cubierto?

Todos los planes de medicamentos de Medicare tienen un formulario. Los medicamentos de esta lista se agrupan en **niveles de copago**, o niveles de medicamentos preferidos. A menudo hay niveles de medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos de marca no preferidos y medicamentos especializados. El nivel en el que se encuentra un medicamento determinará de cuánto será su copago.

Si su medicamento no está incluido en el formulario, se le negará la cobertura. Su plan también puede:

- limitar la cantidad de un determinado medicamento que usted puede obtener en un mes o un año,
- requerir autorización previa o,
- requerir que usted pruebe un medicamento menos costoso antes de aceptar pagar por el medicamento que su proveedor de atención médica le recetó originalmente.

Su plan puede modificar el formulario; puede agregar o quitar medicamentos o cambiar las asignaciones de niveles en cualquier momento del año. Si un plan decide quitar del formulario la medicación que usted está tomando o bien decide cambiarla a un nivel diferente a mitad de año, el plan debe informarle sobre tal cambio 60 días antes de llevarlo a cabo.

A menos que el medicamento que usted toma sea quitado del formulario porque (1) hay una versión genérica del medicamento disponible o (2) por cuestiones de seguridad, el plan debe seguir otorgándole la cobertura hasta el final del año del plan. Esto se realiza a fin de darle tiempo a usted y a su proveedor de atención médica para determinar:

- si le dará resultado otro medicamento que el plan cubra,
- si quiere requerir una determinación de cobertura, o
- si quiere inscribirse en un plan distinto el año próximo – uno que cubra el medicamento que usted necesita.

Por lo general usted no puede pasarse a un plan nuevo hasta el período abierto de inscripción anual, incluso si su plan actual quitó su medicamento del formulario a mitad de año.

niveles de copago:

Grupos de medicamentos con el mismo copago. Los planes le asignan un nivel a cada medicamento incluido en el formulario. Puede haber 2, 3, o más niveles, cada uno con un monto de copago diferente.



¿Quién puede solicitar la cobertura?

Si usted tiene Medicare, tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura y a utilizar el proceso de apelación de Medicare. En algunos casos, es posible que usted necesite información de su proveedor de atención médica u otro tipo de ayuda a fin de llevar a cabo la solicitud. Los beneficiarios de Medicare pueden designar a un representante que actúe en su nombre mientras se desarrolla el proceso de apelación de Medicare.



Para nombrar a un representante designado, llame al número de servicios al miembro que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia y pida que le envíen el formulario apropiado, o descargue uno de Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de servicios de Medicare & Medicaid) en: www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf. Tanto usted como su representante designado deben firmar el formulario antes de volver a enviarlo al plan. Un representante designado puede hacer cualquier cosa que pudiera hacer un beneficiario de Medicare durante el proceso de apelación de Medicare, incluso llenar una solicitud, presentar pruebas y recibir avisos de su plan.

Su representante designado puede ser cualquier persona dispuesta a ello que usted elija, incluido:

- un familiar
- un amigo
- un médico, farmacéutico u otro profesional de la salud
- un abogado

Puede tener un representante designado diferente para cada medicamento. Los beneficiarios de Medicare que no tengan la capacidad de tomar sus propias decisiones médicas pueden tener un custodio o tutor designado por un tribunal que actúe en su nombre, de acuerdo con las leyes del estado.

CONSEJO: Su proveedor de atención médica no es automáticamente su representante designado. Si usted desea que su proveedor de atención médica lo ayude en el proceso de apelación de Medicare, debe completar un formulario para designarlo, del mismo modo en que lo haría con un amigo o un familiar.

Cómo solicitar la cobertura: paso por paso

Si usted y su proveedor de atención médica están de acuerdo en que necesita un medicamento que no está cubierto, puede solicitar la cobertura del mismo. La mayoría de las solicitudes se resolverán en el primer paso del proceso, llamado *determinación de cobertura*. Cuando esté solicitando la cobertura porque un medicamento que usted necesita no está en el formulario de su plan, debe solicitar un tipo específico de determinación de cobertura que se denomina *excepción al formulario*. Si su solicitud de cobertura es denegada, usted puede apelar al próximo paso utilizando el proceso de apelación de Medicare. Cada vez que apele a un nivel más alto y su solicitud de cobertura sea denegada, su plan debe enviarle una notificación por escrito en la que se le explique por qué su cobertura fue denegada y cómo dar el siguiente paso en el proceso de apelación de Medicare.

CONSEJO: Por lo general, podrá encontrar el formulario en el sitio web de su plan o llamando al número de teléfono de servicios al miembro que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia. También puede utilizar el Buscador de Formulario en www.medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes en su estado que cubran los medicamentos que necesita.

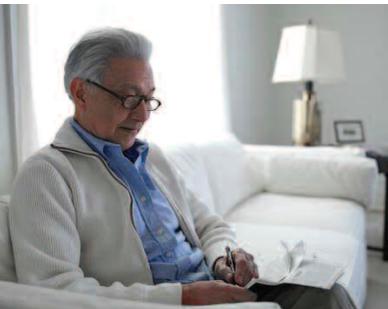
Paso 1: Solicitar una *excepción al formulario* (un tipo de determinación de cobertura). En este paso su plan toma la decisión formal de cubrir o no cubrir su medicamento.

- **Cómo solicitarla:** Usted, su representante designado o su proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud a su plan por teléfono o por escrito. Sea quien sea el que lo haga, su plan debe recibir una declaración de su proveedor de atención médica en la que se explique la razón médica por la cual usted necesita ese medicamento en particular.
- **Margen de tiempo:** Puede realizar esta solicitud en cualquier momento.
- **Decisión:** El plan debe tomar una decisión y comunicársela tan pronto como lo requiera su estado clínico, pero no después de las 72 horas (24 horas si se trata de una **solicitud acelerada**) de recibida la declaración de su proveedor de atención médica.

Solicitud acelerada:

Una revisión más rápida de su solicitud porque su proveedor de atención médica le informó a su plan que su vida o su salud estarán en grave peligro si debe esperar 72 horas para tomar el medicamento.

Paso 2: Si le niegan la excepción al formulario, solicite una *redeterminación*. En este paso un médico de su plan que no haya estado involucrado en la denegación original debe revisar el caso nuevamente.



- Cómo solicitarla: Usted o su representante deben hacer la solicitud a su plan por escrito. La carta que usted recibió de su plan en respuesta a la solicitud de excepción al formulario le indicará dónde enviar su solicitud. No hay ningún formulario especial que utilizar. Debería ser suficiente enviar una carta simple en la que diga que quiere apelar. Véase la página 9 para una muestra de carta. No está permitido que su proveedor de atención médica haga esto por usted a menos que sea su representante designado.
- Margen de tiempo: Debe solicitar una redeterminación en un plazo de 60 días a partir de que fuera recibida la denegación de su solicitud de excepción al formulario.
- Decisión: Se debe tomar una decisión y se la deben enviar a usted tan pronto como lo requiera su estado clínico, pero no después de 7 días (72 horas si se trata de una solicitud acelerada).

Paso 3: Si no le otorgan la cobertura después de una redeterminación, solicite una *reconsideración*. En este paso, una entidad independiente revisará el caso y tomará su propia decisión.

- Cómo solicitarla: Usted o su representante deben hacer la solicitud por escrito a la "Entidad de Revisión Independiente" (IRE - Independent Review Entity). La carta que recibió en respuesta a la solicitud de redeterminación le indicará la dirección y las instrucciones sobre cómo escribir a la IRE.
- Margen de tiempo: Debe realizar esta solicitud en un plazo de 60 días a partir de haber recibido una denegación de su solicitud de cobertura en la fase de redeterminación.
- Decisión: La IRE debe tomar una decisión y se la debe enviar a usted tan pronto como lo requiera su estado clínico, pero no después de 7 días (72 horas si se trata de una solicitud acelerada).

Si su solicitud de cobertura fue denegada durante la fase de reconsideración y usted desea seguir apelando, es posible que quiera recibir ayuda de un abogado. (Si necesita ayuda para encontrar un abogado, póngase en contacto con el Localizador de servicios para ancianos llamando al 1-800-677-1116 o visitando www.eldercare.gov). Obtendrá información sobre cómo seguir apelando en caso de que le informen que su solicitud de cobertura ha sido denegada en la fase de reconsideración. Para más información sobre pasos adicionales a seguir en el proceso de apelación de Medicare, visite www.MedicareDrugAppeals.org.

Cómo solicitar la cobertura: el proceso a grandes rasgos

Paso	Cómo solicitarla:	Hacer esto dentro de:	Decisión dentro de:
Solicitar una determinación de cobertura (específicamente: excepción al formulario)	Llamar o escribir a su plan. Su proveedor de atención médica debe explicar por qué necesita el medicamento específico.	No hay requisitos de tiempo	72 horas después de recibida la declaración del proveedor de atención médica (24 horas si se trata de una solicitud acelerada)
Solicitar una redeterminación	Escribir a su plan y solicitar una redeterminación	60 días a partir de la denegación de la excepción al formulario	7 días (72 horas si se trata de una solicitud acelerada)
Solicitar una reconsideración	Escribir a la entidad de revisión independiente (IRE) que se menciona en su carta de denegación de la redeterminación	60 días a partir de la denegación la solicitud de redeterminación de cobertura	7 días (72 horas si se trata de una solicitud acelerada)
Apelar al Juez de Derecho Administrativo (ALJ)	Seguir los pasos de la carta de reconsideración	60 días a partir de la denegación la solicitud de reconsideración de cobertura	No hay requisitos de tiempo
Apelar al Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)	Seguir los pasos detallados en la carta al ALJ	60 días a partir de la denegación del ALJ	No hay requisitos de tiempo
Presentar una demanda en un Tribunal de Distrito Federal	Seguir los pasos detallados en la carta del MAC	60 días a partir de la denegación del MAC	Depende del calendario del tribunal

Cómo escribir una carta de apelación



Si su solicitud de una excepción al formulario ha sido denegada, necesitará escribir una carta para solicitar una redeterminación. Esta carta puede ser muy simple; sin embargo, probablemente sea bueno incluir toda la información siguiente en la carta de manera que quede un registro escrito.

- Su nombre, dirección, número de teléfono y número de ID de Medicare
- La fecha en que está escribiendo la carta
- La fecha en que trató de llenar la receta.
- El nombre y la dirección de la farmacia donde trató de llenar la receta.
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de atención médica que emitió la receta.

También debe:

- Indicar con claridad que desea solicitar una redeterminación.
- Incluir una copia del recibo, si ya efectuó el pago, o de la receta, en caso de que no lo haya hecho. Si no tiene ninguno de los anteriores, escriba el nombre exacto y la dosis del medicamento recetado.
- Indicar que el plan tiene autorización para comunicarse con su proveedor de atención médica si hiciera falta información médica adicional. (También sería bueno hablar con su proveedor de atención médica acerca de cómo responder a las razones por las que el plan denegó su beneficio y comunicarle a su proveedor de atención médica que está presentando una apelación y que posiblemente lo llamen).
- Indicar que espera que el plan le comunique todo lo que necesita hacer para que su apelación pueda ser procesada. Pídale también al plan que le informe cómo puede seguir apelando si esta apelación es denegada.
- Responder a los motivos por los que el plan denegó su solicitud de excepción al formulario en la carta que le envió. Por ejemplo, si el plan quiere que usted reciba otro medicamento diferente primero, pero usted tiene una reacción adversa a ese medicamento, debe explicarlo.
- Hacer una copia de su carta para guardarla antes de enviarla.

Modelo de carta de apelación*



Puede encontrar esta información en el reverso de su tarjeta de identificación del plan la que utiliza cuando compra sus medicamentos recetados.

Su número de ID se encuentra en la parte anterior de la tarjeta de identificación del plan.

Puede ser necesario solicitarle a su proveedor de atención médica que le dé información que explique por qué el medicamento es “necesario por razones médicas”.

Si no tiene una copia de la receta o del recibo de la farmacia, escriba el nombre del medicamento y la dosis que se le recetó. Corrobore dicha información con su farmacéutico para asegurarse de que haya escrito todo correctamente, dado que los nombres de muchos medicamentos son similares.

[Su nombre]
[Su dirección]
[Ciudad, Estado, Código postal]
[Su número de teléfono]
[Su número de ID]
F. de Nac.: [Su fecha de nacimiento]

Fecha

Nombre del plan de medicamentos recetados de Medicare
Dirección del plan
Ciudad, Estado, Código postal

A quien corresponda:

La presente es para solicitar una redeterminación. Tengo la cobertura de su plan y mi número de ID es [número de ID]. El [fecha], intenté comprar [nombre del medicamento] en la farmacia [nombre de la farmacia] ubicada en [dirección de la farmacia]. Solicité una excepción y fue denegada. Su carta de determinación de cobertura decía que denegaban mi solicitud porque [motivo de la denegación]. Necesito este medicamento porque [motivo por el que necesita este medicamento específico].

[Ya he pagado por el medicamento y deseo que se me reembolse el costo. O, no puedo pagar por este medicamento y necesito su cobertura lo más pronto posible, dado que actualmente ya no tengo este medicamento.]

Mi información de contacto se encuentra más arriba y la información de contacto de [nombre del proveedor de atención médica que llenó la receta] se encuentra abajo.

[Nombre del proveedor de atención médica que llenó la receta]

[Dirección del proveedor de atención médica]

[Ciudad, Estado, Código postal]

[Número de teléfono del proveedor de atención médica]

[Nombre del proveedor de atención médica que] llenó la receta, y puede ponerse en contacto con él/ella si hiciera falta información médica para considerar mi apelación. Incluí una copia de la/del [receta o recibo] para su consideración.

Agradeceré una explicación por escrito de cualquier paso adicional que deba cumplir para que puedan procesar mi apelación, además de una explicación por escrito del fundamento de su decisión sobre mi reclamo.

Atentamente,
[Su nombre]

* Este modelo de carta de apelación se proporciona únicamente con fines informativos. Cada plan tiene reglas y procedimientos diferentes para las apelaciones, y es posible que este modelo de carta no satisfaga los requisitos de su plan. NO USE ESTA CARTA SIN VERIFICAR PRIMERO LOS PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE SU PLAN PARA LAS CARTAS DE APELACIÓN.

Recursos adicionales

- Visite www.YourPharmacyBenefit.org para más información acerca del proceso de apelación y enlaces para los formularios.
- Visite www.Medicare.gov/basics/appeals.asp para más información acerca de su derecho a apelar.
- Vea la publicación Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados: Cómo presentar una queja, determinación de cobertura, o apelación (Medicare Prescription Drug Coverage: How to File a Complaint, Coverage Determination, or Appeal), que puede conseguir llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la publicación número 11112, o en Internet en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11112.pdf>.
- Comuníquese con la Oficina del Defensor del Paciente (Ombudsman) de Medicare, que es el responsable de ayudarlo con sus quejas y apelaciones, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o en línea en <http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp>.
- Comuníquese con su Agencia local sobre envejecimiento. Puede encontrar información sobre la Agencia sobre envejecimiento de su área llamando al 1-800-677-1116, en www.eldercare.gov, o en las páginas azules de su guía telefónica.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services' Centers for Medicare & Medicaid Services) han revisado esta publicación, que es producida por YourPharmacyBenefit.org. YourPharmacyBenefit.org es un esfuerzo conjunto entre organizaciones sin fines de lucro que representan a consumidores, médicos, farmacias y compañías farmacéuticas que procura educar a los consumidores para que tomen decisiones informadas a la hora de elegir y utilizar los beneficios de farmacia, y de esta forma les permite acceder a medicamentos prescritos por sus proveedores de atención médica. Esta publicación puede ser reimpressa para fines educativos y actividades sin fines de lucro.

Para solicitar copias adicionales de este folleto, escriba a:

Federal Citizen Information Center

Publication Number 661P

Pueblo, CO 81009

o visite www.pueblo.gsa.gov

YourPharmacyBenefit.org

1894 Preston White Drive

Reston, VA 20191-5433

www.YourPharmacyBenefit.org