



La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas: Como Tramitar o Presentar una Queja Formal, Determinación de Cobertura o Apelación.

Hay dos maneras de obtener la cobertura medicamentos recetados:

- 1) **Inscribirse en un Plan de Medicare para Recetas Médicas (Parte D)** (a veces conocidos como “PDPs”), que añade esta cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare.
- 2) **Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que incluya como parte del plan, la cobertura de recetas médicas.** Usted recibe todos los beneficios de la Parte A (Seguro de Hospital), Parte B (Seguro Médico) y Parte D (cobertura de medicamentos recetados) de Medicare a través del plan. A veces a estos planes se les conoce como “MA-PD”.

Medicare no cubre (paga por) todos los medicamentos recetados. Cada plan tiene una lista de medicamentos cubiertos (“formulario”). El formulario incluye medicamentos genéricos y de marca. Esta lista debe cumplir con los requisitos de Medicare. Fíjese si su plan cubre sus medicamentos.

Aun si su medicamento está en la lista, pueden existir normas especiales para llenar la receta. Por ejemplo, puede que tenga que pedir permiso del plan (autorización previa) para usar el medicamento antes de que sea cubierto. El plan le puede pedir que pruebe otro medicamento antes de que cubra el medicamento que le fue recetado. El plan también puede limitar el número de pastillas o dosis prescrita.

Además, el formulario 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).



Puede haber momentos en que esté en desacuerdo con una decisión de cobertura o el pago hecho por su plan de recetas médicas de Medicare. Esta publicación explica las opciones y los pasos que debe seguir si no está de acuerdo con su plan.

¿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:

1. Solicitar una determinación de cobertura si un medicamento está en el formulario de su plan, pero el plan se rehúsa pagar por el medicamento ya que considera que no usted no lo necesita. Pida una determinación de cobertura antes de pagar por la receta. O, pague por la receta, guarde el recibo, y pídale a su plan que le reembolse el dinero a través de una determinación de cobertura.
2. Usted puede solicitar una determinación de cobertura (llamada “excepción”) si:
 - cree que su plan debe cubrir un medicamento que no está en el formulario ya que las otras opciones de tratamiento en el formulario de su plan no funcionarán para usted.
 - su plan le exige obtener permiso (autorización previa) antes de cubrir el medicamento recetado y usted no está de acuerdo.
 - quiere que el plan cubra un medicamento no preferido al costo de uno preferido porque las opciones de tratamiento en el nivel de medicamentos preferidos no funcionan para usted.
 - su plan le pide que pruebe otra medicina antes de cubrir el medicamento que le recetaron y usted no está de acuerdo.
 - su plan tiene un límite en la dosis o cantidad del medicamento y usted no está de acuerdo.

Usted necesitará presentar una justificación de su médico explicando la razón médica para la excepción.



Cómo Solicitar una Determinación de Cobertura o Excepción

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 necesita. 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. Su pedido no será acelerado si usted ya pagó y recibió el medicamento.

Nota: El plan tiene que concederle una revisión acelerada si su médico le dice a su plan que su vida o salud están en peligro si tiene que esperar por el pedido estándar.

Usted puede escribir una carta o puede usar el formulario “Petición Modelo para la Determinación de Cobertura” para solicitar la excepción o determinación de cobertura de su plan. Puede obtener una copia del formulario visitando www.cms.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp. Los pedidos acelerados podrán presentarse por teléfono o por escrito. Las solicitudes normales deben ser presentadas por escrito, a menos que el plan acepte solicitudes por teléfono.

Una vez que su plan haya recibido la solicitud, tiene 72 horas (para un pedido de cobertura estándar) o 24 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para notificarle su decisión.

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

¿Qué Pasa si no Estoy de Acuerdo con la Determinación de Cobertura?

Su plan de medicamentos recetados le enviará una decisión por escrito si rechaza su pedido para la determinación de cobertura. Si no está de acuerdo con la decisión que su plan de Medicare para recetas médicas tomó sobre su determinación de cobertura o excepción, usted tiene el derecho de apelar la decisión.

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?

Hay cinco **niveles disponibles** para apelar. **Usted debe seguir el orden de los pasos enumerados a 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 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 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
- Su firma o la de su representante designado.

Usted debe enviar cualquier evidencia que pueda ayudar su caso, incluyendo expedientes médicos, con su solicitud de apelación.

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

Su plan de medicamentos recetados le enviará una decisión por escrito si rechaza su redeterminación. Si no está de acuerdo con la redeterminación de su plan, usted puede pedir una revisión por una Entidad de Revisión Independiente (IRE por su sigla en inglés).

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.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp.



¿Cómo Apelar? (continuación)

2. Revisión por una Entidad de Revisión Independiente (llamada "reconsideración") (continuación)

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.

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

Usted recibirá una decisión por escrito del IRE. Si no 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 solicitarla por escrito dentro de los 60 días de la decisión del IRE. 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.

La audiencia se llevará a cabo por teléfono o por teleconferencia de video. También puede solicitar una audiencia en persona. En la audiencia del ALJ, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué su plan de recetas médicas de Medicare debe cubrir sus medicamentos o reembolsarle. También puede pedirle a su médico participar en la audiencia para explicar por qué el medicamento debe ser cubierto.

4. Revisión por un Consejo de Apelaciones de Medicare

Usted recibirá una decisión por escrito del ALJ. 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. Debe enviar el pedido a la entidad especificada en el aviso de decisión del ALJ.



¿Cómo Apelar? (continuación)

5. Revisión por la Corte Federal

Usted recibirá una decisión por escrito del MAC. 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 (usted podría combinar varios reclamos para alcanzar la cantidad mínima requerida). La decisión del MAC incluirá la cantidad.

¿Qué pasa si tengo una queja sobre mi plan?

Usted tiene el derecho a tramitar una queja formal con el plan. Algunos ejemplos del porque quisiera presentar una 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 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 dentro del tiempo establecido o indicado.
- 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.



¿Qué pasa si tengo una queja sobre mi plan? (continuación)

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 de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Para Más Información?

- Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf para revisar la publicación “Sus Derechos y Protecciones Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de 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 y seleccione “Contactos Útiles” (disponible sólo en inglés). O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono.