



La Nueva 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 planes Medicare. Hay dos tipos de planes Medicare que proveen cobertura para los medicamentos. Hay una cobertura para medicinas que es una parte de los Planes Medicare Advantage y otros planes de salud Medicare. Además esta disponible una cobertura de recetas medicas que se añade al Plan Original de Medicare y otros planes de salud.

Los planes de Medicamentos de Medicare cubren las medicinas genéricas y de marca. Los planes podrían tener reglas sobre que medicinas cubren en diferentes categorías. Esto garantiza que las personas que padecen de diferentes condiciones médicas obtengan el tratamiento adecuado que necesitan.

Muchos planes tienen un formulario, cual es un listado de los medicamentos cubiertos por el plan. Esta lista siempre debe cumplir con los requisitos de Medicare, pero puede cambiar cuando los planes obtienen nueva información. Su plan debe avisarle, por lo menos, 60 días antes que quiten o remuevan medicamentos de la lista o si cambia los costos.



¿Qué pasa si tengo una queja sobre mi plan?

Si usted tiene una queja sobre su plan de medicamentos de Medicare que no incurra o envuelva la cobertura o pago para un medicamento cubierto, usted tiene el derecho a tramitar una queja con el plan (llamada “queja formal”). Debe presentar su queja dentro de los 60 días que lo llevo a tomar esa decisión. Algunos ejemplos del porque quisiera presentarla 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 dentro del tiempo establecido o indicado.
- El plan no tomó una decisión y envió su caso al panel de entidad independiente (IRE, por sus sigla en inglés) sobre una determinación de cobertura o primer nivel de apelación dentro del tiempo establecido o indicado.
- Esta 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.
- El plan no proveyó las notificaciones requeridas.
- Las notificaciones del plan no siguen las reglas de Medicare.

* 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 deben 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 para medicinas no cubre un medicamento que usted cree debe ser, o cubrirá dicho medicamento a un costo más alto que el que deba ser y le requieren que pague, tiene el derecho a

- Solicitar una decisión que se llama “determinación de cobertura” de su plan, o
- Pagar por la receta y solicitar que el plan le reembolse a través de una determinación de cobertura.

Usted, su médico o representante legal puede llamar o escribir al plan para solicitar que el plan cubra el medicamento que usted necesita.

Consejo: 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.

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. 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.

Nota: Para cierto tipo de determinaciones de cobertura (llamadas “excepciones”), necesitará presentar una declaración de su médico explicando la razón por la que necesita el medicamento por el que está solicitando la cobertura. Usted necesitará esta declaración de su médico si está pidiendo que cubran un medicamento que no está en la lista del plan (formulario) o quiere que el plan cubra un medicamento no preferido al costo de uno preferido. Pregúntele al plan si necesita la declaración del médico. 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 5 categorías/niveles disponibles para apelar.

1. Apelación a través de su plan (llamada “redeterminación”). Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha de decisión. Un pedido estándar debe realizarse por escrito a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted (o su representante designado) debe solicitar una decisión estándar por escrito, a menos que el plan acepte el pedido por teléfono. Usted (su representante o su médico) puede llamar o escribir al plan para solicitarles una decisión acelerada. Se acelerará la decisión si su plan determina o su médico le indica al plan que su vida o su salud corren serio peligro si debe esperar por la decisión estándar.

La dirección del plan la encontrará en los documentos del plan. Una vez que el plan haya recibido su pedido de apelación, tiene siete días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

2. Revisión de una entidad independiente llamada “reconsideración”). Si el plan se decide nuevamente en su contra, usted puede pedir una revisión por una entidad independiente (IRE por su sigla en inglés). Debe hacer el pedido dentro de los 60 días siguientes a la decisión. El pedido debe hacerse por escrito. Se acelerará la decisión si IRE determina o su médico manifiesta que su vida o su salud corren serio peligro si debe esperar por la decisión estándar.

Una vez que la solicitud haya sido archivada, el IRE tiene 7 días (para solicitudes estándares sobre cobertura o reembolso para pagarle) o 72 horas para notificarle la decisión a usted.



¿Cómo Apelar? (continuación)

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 de IRE. Usted debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración de 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 de IRE incluirá esta cantidad. Una vez que se haya recibido el pedido de audiencia, el ALJ generalmente tiene 90 días para tomar una decisión.

4. Revisión del consejo de apelaciones de Medicare. Si el ALJ está de acuerdo con la decisión de su plan, usted (o su representante designado) puede solicitar por escrito una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés), en los 60 días siguientes a que le comuniquen la decisión del ALJ. El MAC por lo general tiene 90 días para tomar una decisión a partir del momento en que recibe el pedido de revisión.

5. Revisión de una corte federal. Si el MAC está de acuerdo con la decisión de su plan, usted (o su representante designado) puede solicitar por escrito una revisión de una corte federal, en los 60 días siguientes a que le comuniquen la decisión de MAC. Usted debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración de MAC. Para que se la otorguen, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una cantidad mínima. La decisión de MAC incluirá esta cantidad.

Nota: Cuando se inscribe en un plan Medicare para Medicinas, 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.



¿Dónde puedo aprender más?

- Leer el manual de “Medicare y Usted 2006”, acceder www.medicare.gov por Internet, o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los detalles de los planes Medicare para medicamentos.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para asesoramiento personalizado y gratis (vea el anverso en la última página del manual “Medicare y Usted 2006” para obtener el número de teléfono en su estado).
- Asistir a eventos locales relacionados con Medicare. Busque información sobre estos eventos en su periódico local o espere a escuchar la información en la radio.

