



¿Qué medicamentos cubren los planes de Medicare de recetas médicas?

Los planes de Medicare de recetas médicas deben cubrir medicamentos de todas las categorías y clases recetadas, pero no tienen la obligación de cubrirlos a todos. Ciertos medicamentos pueden estar excluidos*. A pesar de que su plan puede no tener un medicamento específico en su lista de medicinas cubiertas (formulario), debe tener un medicamento similar que es eficaz y seguro. Esto puede que sea un medicamento genérico o una alternativa terapéutica (ver abajo). Con esto se garantiza que las personas con condiciones médicas distintas puedan obtener el tratamiento que necesitan.

Todos los planes de recetas médicas de Medicare han negociado precios rebajados para los medicamentos que ofrecen en su lista. Lo que significa que si usa los medicamentos de la lista del plan ahorrará dinero. Usted pagará estos precios de descuento aun si todavía no ha pagado el total del deducible. Además, si escoge la alternativa genérica en vez del medicamento de marca puede ahorrar en cada receta.

Mi plan de recetas médicas cubre los medicamentos genéricos. ¿Son tan buenos como los de marca?

Sí. Hoy en día, casi la mitad de las recetas en los Estados Unidos se venden en su alternativa genérica. La Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU. se asegura que un medicamento genérico sea igual al de marca en cuanto a la dosis, seguridad, potencia, calidad, el modo en que funciona, el modo en que debe tomarse y cómo debe ser usado. Los medicamentos genéricos usan los mismos ingredientes activos que los de marca y trabajan del mismo modo. Esto significa que tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca.

El desarrollo de los medicamentos es muy costoso. Dado que los fabricantes de los medicamentos genéricos no deben producirlos desde la materia prima, los costos de poner los medicamentos en el mercado son menores. Sin embargo, deben demostrar que el producto funciona igual que los medicamentos de marca.



Mi plan de recetas médicas estipula que necesito una autorización previa para un medicamento de la lista del plan. ¿Qué es una autorización previa?

Los planes de Medicare de recetas médicas pueden tener normas que requieran dicha autorización. Lo que significa que antes de que el plan cubra ciertas recetas, su médico debe primero comunicarse con el plan. Su médico debe demostrar que hay un motivo médico por el cual usted debe usar un medicamento específico para su tratamiento. Los planes ponen este requisito para asegurarse que ciertos medicamentos sean usados correctamente y solo cuando sea necesario.

¿Qué es la terapia en pasos/etapas?

Es un modo de autorización previa. En la terapia en pasos, generalmente, primero deben usar medicinas de menor costo que han sido efectivas en el tratamiento de pacientes que tienen su misma condición. Por ejemplo, algunos planes puede tener como requisito que primero intente con el medicamento genérico (si lo hubiese disponible), luego con la versión más económica del medicamento de marca de su lista, antes de usar el medicamento de marca más caro que esté cubierto por el plan.

Sin embargo, si usted ya intentó con medicamentos similares más baratos y no funcionaron, o si su médico piensa que por su condición médica debe tomar el medicamento más caro, puede comunicarse con el plan y solicitar una excepción. Si el pedido de excepción de su médico es aprobado, el plan cubrirá el medicamento más caro.

¿Qué ocurre si estoy tomando un medicamento que no está en la lista del plan (o en la terapia de pasos) cuando la cobertura del plan entra en vigencia?

Medicare obliga a los planes a cubrir sus recetas hasta el 31 de marzo de 2006, inclusive si el medicamento que usted toma no está en la lista (o en la terapia de pasos). Este “plan de transición” le brinda a usted y a su médico el tiempo para encontrar otro medicamento de la lista del plan que funcione como el que tomaba. Sin embargo, si usted ya intentó con medicamentos similares y no funcionaron, o si su médico piensa que por su condición médica debe tomar el medicamento más caro, puede comunicarse con el plan y solicitar una excepción. Si el pedido de excepción de su médico es aprobado, el plan cubrirá el medicamento.

¿Qué son los límites de cantidad?

Por razones de seguridad y costos, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren en un período determinado de tiempo. Por ejemplo, puede que le receten un medicamento que debe tomar una vez al día. En este caso, el plan puede cubrir solo un suministro para 30 días a la vez (y hasta 90 días si se compra a través del programa de pedido por correo). Si usted no está de acuerdo, puede pedirle al plan que haga una excepción.



¿Qué ocurre si escojo un plan de recetas médicas y luego mi médico me cambia el medicamento?

Si su médico debe cambiar su receta o le receta un medicamento nuevo, la lista del plan incluirá los medicamentos que traten sus necesidades médicas nuevas. La lista del plan y los precios de los medicamentos pueden cambiar. Para obtener información sobre medicamentos específicos cubiertos por su plan y sus costos, visite el sitio Web del plan o llame al servicio al cliente del plan. Su médico también puede obtener información sobre la lista de su plan.

Los planes de recetas médicas de Medicare cubren los medicamentos genéricos y de marca de todas las categorías y clases recetadas. Ciertos medicamentos pueden estar excluidos*. Medicare obliga a los planes a cubrir las recetas necesarias por motivos médicos, por lo tanto, habrá un medicamento en la lista del plan que es seguro y eficaz para tratar su condición médica.

¿Qué ocurre si no quiero cambiar de medicamento?

Si su médico le receta un medicamento que no está en la lista del plan, y usted no tiene otro seguro que cubra las medicinas para los pacientes ambulatorios, puede solicitar una excepción (ver abajo). Si su plan igual no cubre el medicamento específico que usted desea usar, puede apelar la decisión. Las apelaciones urgentes solo demoran unos pocos días.

¿Cómo obtengo una excepción?

El primer paso es comunicarse con su plan. Ellos le dirán cómo presentar la información que necesitan para tomar una decisión. Tal vez el plan le pida la información por escrito, o podrían hacerlo por teléfono. Su médico debe enviar una declaración que corrobore su pedido. La declaración del médico debe indicar que el medicamento es “necesario por razones médicas” para el tratamiento de su condición. Una vez presentada la información, su plan debe notificarle la decisión a más tardar en 24-72 horas.

¿Qué ocurre si el plan no me otorga la excepción?

Si su pedido es denegado, puede apelar la decisión. Hay varios niveles de apelación disponibles.

Apelación a través del plan.

Debe apelar dentro de los 60 días a partir del momento en que recibe la primera decisión del plan. Usted o su representante deben enviar una solicitud estándar por escrito, a menos que el plan la acepte por teléfono.

Revisión por una entidad independiente.

Si el plan vuelve a decidir en su contra, usted puede solicitar una revisión por parte de una entidad independiente. Usted o su representante deben enviar una solicitud estándar o acelerada en el plazo de 60 días a partir del momento en que recibe la decisión del plan.



¿Qué ocurre si el plan no me otorga la excepción? (continuación)

Si la entidad de revisión independiente está de acuerdo con la decisión de su plan, usted puede seguir apelando a través de otros niveles. Entre ellos, revisiones de un juez administrativo, el Consejo de Apelaciones de Medicare y una corte Federal. Puede que se apliquen límites de tiempo y de cantidad monetaria. Si desea más información sobre las apelaciones, visite www.medicare.gov por Internet. O, comuníquese con su plan para averiguar sobre su proceso de excepción y apelaciones.

Alguien me dijo que debería cambiar a otro plan que cubra el medicamento que necesito. ¿Debo hacerlo?

Los planes de Medicare de recetas médicas deben continuar con el “plan de transición” hasta el 31 de marzo de 2006. El propósito de estos 90 días de transición es otorgarle dicho período (los primeros meses del programa) para que hable con su médico para encontrar un medicamento de la lista de su plan que sirva para tratar su condición. Y, si usted ya intentó con medicamentos similares y no funcionaron, o si su médico piensa que por su condición médica debe tomar el medicamento más caro, puede comunicarse con el plan y solicitar una excepción. Si el pedido de excepción de su médico es aprobado, el plan cubrirá el medicamento.

Si usted se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas después del 31 de marzo de 2006, Medicare obliga a los planes a cubrir su medicamento una vez dentro de los primeros 30 días de cobertura, incluso si dicho medicamento no está en la lista del plan (o de la terapia de pasos). Esto le dará tiempo para que busque con su médico otro medicamento de la lista para tratar su problema de salud o para que su médico solicite una excepción para el medicamento que necesita por razones médicas. Si el pedido de excepción de su médico es aprobado, el plan cubrirá el medicamento.

Si desea más información:

- Hable con su médico sobre los medicamentos alternativos que sean eficaces y seguros, que podrían ahorrarle dinero, o para que si fuese necesario por su condición médica, pida una excepción.
- Comuníquese con su plan para preguntarle qué medicamentos cubre.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para obtener ayuda para solicitar una apelación o para escoger un plan de Medicare de recetas médicas que responda a sus necesidades. Si desea el número de teléfono, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048

* Ciertos medicamentos pueden estar excluidos por ley, tales como los barbitúricos, benzodiazepinas (ansiolíticos o hipnóticos), medicamentos para bajar de peso o para los síntomas del resfrío. Puede que Medicare no pague por estos medicamentos.