



Cómo los planes Medicare de recetas médicas usan las farmacias, formularios, y las normas de cobertura

Cada plan debe brindar por los menos una cobertura estándar establecida por Medicare. Sin embargo, algunos planes pueden variar en qué farmacias usan, que tipo de medicamentos cubren y cuánto cobran. Los planes diseñan su acceso a la cobertura de medicamentos usando una variedad de métodos. Algunos de los métodos comprobados y usado por los planes para diseñar la cobertura se enumeran abajo. El familiarizarse con estos términos le ayudará a tomar decisiones sobre su cobertura.

- Red de farmacias
- Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)
- Normas sobre la cobertura de recetas médicas

Red de farmacias

Los planes de Medicare para recetas médicas y los Planes Medicare Advantage con la cobertura de recetas médicas (MA-PD por sus siglas en inglés) contratan a un número de farmacias que son parte de “la red” del plan. Puede que su plan no cubra un medicamento si usted no usa la farmacia de la red. La red de su plan puede que incluya farmacias preferidas, un programa de pedido por correo, y un programa de farmacia de venta al por menor o al detal de 60-90 días.

- **Farmacias preferidas**
Si su plan tiene farmacias preferidas, puede ser beneficioso para usted usarlas. Los costos de sus medicamentos (tales como el copago y coseguro) pueden ser menos en una farmacia preferida porque se han puesto de acuerdo con su plan para cobrarle menos.
- **Programas de pedido por correo**
Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo que le permite ordenar hasta 90 días de sus medicamentos cubiertos y son enviados directamente a su hogar. Usualmente esta es una forma costo efectiva y conveniente de llenar sus recetas.
- **Programas de farmacia al detal para provisiones de 60 – 90 días**
Algunas farmacias al detal pueden ofrecer un suministro de 60 o 90 días de medicamentos cubiertos por el plan.



Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

Cada plan de Medicare para recetas médicas cubre una lista de medicamentos. Los planes cubren los medicamentos genéricos y de marca. Las listas de medicamentos deben incluir una gama de medicinas en las categorías más comúnmente prescritas. Esto garantiza que las personas que padecen de problemas diferentes obtengan el tratamiento que necesitan.

El formulario puede que no incluya un medicamento en específico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, un medicamento similar debe estar disponible. Usted puede pedir una excepción si usted o su médico (su médico u otro proveedor de atención médica que está legalmente autorizado para recetar medicamentos) piensa que ninguno de los medicamentos en el formulario de su plan funcionan para su condición. Si su medicamento es aprobado a través de una excepción al formulario, tendrá que pagar el medicamento al nivel 3. Vea la tabla en la página 3 para más información.

Su plan debe notificarle por lo menos 60 días por adelantado si elimina un medicamento, que está tomando, de su formulario. Usted puede tener que cambiar (o tomar un medicamento similar), pagar más, o pedir una excepción por el medicamento que está tomando. En la mayoría de los casos, si está tomando regularmente el medicamento durante el año, le permitirán continuar tomando el medicamento hasta el final del año sin tener que pagar más.

Nota: El plan no está obligado a decirle por adelantado si elimina un medicamento de su lista debido a que la Administración de Drogas y Alimentos saca el medicamento fuera del mercado por razones de seguridad, pero el plan se lo dirá después.

Use los medicamentos en la lista de medicamentos cubiertos de su plan para ahorrar dinero. Las medicinas genéricas también le ahorran dinero.

- **Medicamentos genéricos**

Según la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por su sigla en inglés), un medicamento genérico es igual al de marca en lo que respecta a la dosis, seguridad, potencia, calidad, el modo en que funciona, el modo en que se administra y el modo en que debe de ser usado. Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los de marca y funcionan de la misma manera. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben probarle a la FDA que su producto funciona del mismo modo que el de marca. Hoy en día, casi la mitad de todas las recetas médicas se venden bajo la forma genérica. En algunos casos, puede que no haya una alternativa genérica disponible para el medicamento de marca que toma. Hable con su médico.



Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (continuación)

- **Niveles**

Muchos planes de recetas médicas clasifican sus medicamentos por “niveles”. Los medicamentos de cada nivel tienen un precio diferente. Algunos planes pueden tener más niveles que otros. A continuación le presentamos un ejemplo:

Nivel	Usted Paga	Lo Que Está Cubierto
1	El copago más bajo	La mayoría de los medicamentos recetados genéricos
2	Copago Mediano	Medicamentos recetados de marcas preferidas
3	Un copago más alto	Medicamentos recetados de marcas no preferidas
Nivel Especial	El copago o coseguro más alto	Medicamentos especiales de muy alto costo

En algunos casos, si su medicamento pertenece a un nivel más alto y su médico considera que necesita esa medicina en lugar de la que está en un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un copago más bajo.

Normas sobre la cobertura de recetas médicas

Los planes pueden tener normas de cobertura para asegurarse que ciertos medicamentos sean usados correctamente y sólo cuando sea necesario. Estas normas incluyen autorización previa, terapia en etapas/pasos, y cantidades limitadas.

- **Autorización previa**

Para estar seguro de que ciertas medicinas son usadas correctamente y solamente cuando verdaderamente es necesario, los planes pueden requerir una “autorización previa.” Esto significa que antes de que el plan cubra estos medicamentos, su doctor debe comunicarse con el plan y debe demostrar que por razones médicamente necesarias usted debe usar ese medicamento en particular para que sea cubierto por el plan.



Normas sobre la cobertura de recetas médicas (continuación)

– **Terapia en etapas/pasos**

La terapia en etapas/pasos es un tipo de autorización previa. Con terapia por pasos, en la mayoría de los casos, usted debe intentar primero ciertos medicamentos menos costosos que han probado ser eficaces para la mayoría de las personas con su condición. Por ejemplo, algunos planes pueden requerirle primero que intente una medicina genérica (si está disponible), entonces una medicina de marca menos costosa que está en su lista de medicamentos, antes de que pueda conseguir una medicina similar a la de marca cubierta en la lista de medicamentos.

Sin embargo, si ya ha intentado el medicamento similar, menos costoso y no funcionó, o si su doctor cree que su condición médica hace médicamente necesario que usted use la medicina más costosa en la terapia por pasos, él o ella puede comunicarse con el plan para solicitar una excepción. Si la petición de su doctor es aprobada, la medicina en la terapia por pasos será cubierta.

Ejemplo de terapia en etapas/pasos

Paso 1—El Dr. Crespo desea recetar una nueva píldora para dormir para tratar la insomnia ocasional del Sr. Montes. Hay más de un tipo de píldora para dormir. Algunos de los medicamentos que piensa recetar son de marca de acuerdo al plan de recetas médicas del Sr. Montes. El plan exige que el Dr. Crespo recete primero el medicamento genérico zolpidem. Para la mayoría de las personas zolpidem es tan eficaz como el medicamento de marca.

Paso 2—El Sr. Montes toma zolpidem pero tiene efectos secundarios adversos o su mejoría ha sido limitada, su médico le receta un medicamento de marca. El plan de recetas médicas del Sr. Montes ahora cubrirá el medicamento de marca.

• **Cantidades limitadas**

Por razones de seguridad y costo, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren por cierto período de tiempo. Por ejemplo, las personas con una receta para la acidez de estómago deben tomar 1 cápsula por día por 4 semanas. Por lo tanto, el plan puede cubrir solamente un suministro inicial de 30 días del medicamento recetado. Si necesita más del medicamento recetado, tendrá que pedirle a su médico que provea más información para extender la terapia.



¿Qué hago si mi plan no cubre un medicamento que necesito?

Si pertenece a un plan de Medicare para medicamentos recetados o a un MA-PD, tiene derecho a:

- Pedirle a su plan una explicación por escrito (“determinación de cobertura”) si su plan no quiere cubrir o pagar por un medicamento recetado que necesita, o si se le pide que pague una mayor parte de los costos.
- Pídale a su plan de Medicare para recetas médicas o MA-PD una excepción (otro tipo de determinación de cobertura). Si pide una excepción, su médico debe proveerle a su plan de medicamentos una declaración explicando las razones médica para la solicitud (por ejemplo, el por qué los medicamentos similares cubiertos por su plan no funcionan o pueden ser perjudiciales para su salud). Usted puede pedir una excepción por las siguientes razones:
 - Usted o su médico considera que una de la normas de cobertura (como la terapia en pasos) no debe aplicarle.
 - Usted cree que debería obtener un medicamento no preferido a un copago más bajo porque no puede tomar los medicamentos alternativos en la lista de medicamentos preferidos de su plan.
 - Usted o su médico cree que necesita un medicamento que no está en el formulario de su plan.

Usted o su médico debe comunicarse con su plan para pedir una determinación de cobertura. Si su farmacia de la red no puede llenarle una receta como está escrita, el farmacéutico le dará o mostrará un aviso que le explicará cómo solicitarle a su plan Medicare de recetas médicas o MA-PD su pedido.

La solicitud para la determinación de cobertura (incluyendo una excepción), debe hacerse por escrito (a menos que su plan acepte solicitudes por teléfono). Usted o su médico puede llamar o escribirle a su plan para que le otorguen una petición acelerada (rápida).

Si el plan decide no cubrir su medicamento, puede apelar la decisión. Una vez se haya inscrito en un plan de Medicare de recetas médicas, el plan le enviará información sobre el proceso de apelación. Lea la información cuidadosamente y llame al plan si tiene preguntas.

Para más información sobre sus derechos de apelación de Medicare, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf y revise el folleto “Sus Derechos y Protecciones Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



¿Para más información?

- Comuníquese con su plan Medicare de recetas médicas o Plan Medicare Advantage. La información y números de contacto deben estar en su tarjeta o en sus materiales de membresía.
- Lea el manual de “Medicare y Usted”. El manual incluye información detallada sobre los planes Medicare de recetas médicas disponibles en su área.
- Visite www.medicare.gov y seleccione “Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas” o “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área”.
- También puede visitar www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11109_S.pdf para revisar o imprimir “Su Guía Sobre la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare”.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. Revise la copia del manual “Medicare y Usted” para obtener el número de teléfono o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al 1-800-MEDICARE.

