



CALIFORNIA HEALTH ADVOCATES

Cuando se le Niega su Medicina de la Parte D

Con los muchos diferentes tipos de asuntos o problemas a que usted tal vez se enfrente con su plan de beneficios de recetas médicas de Medicare, hay varios niveles de acción disponibles para usted:

- Determinaciones de Cobertura
- Excepciones
- Apelaciones
- Quejas/Quejas Formales

Note que las quejas/quejas formales no son parte del proceso de apelación de que se habla abajo. Son para las quejas acerca de su plan Parte D que no implican asuntos de cobertura o pagos.

Determinaciones de Cobertura

Si su farmacéutico le dice a usted que su plan de recetas médicas de Medicare no cubre una medicina que usted piensa que debe cubrir, o que sí cubre la medicina pero a un costo mayor del que usted piensa que se requiere que usted pague, usted tiene el derecho de:

- Solicitar una decisión llamada una "Determinación de Cobertura" de su plan. Solicite esto si su plan le dice a usted que:
 - Usted debe conseguir aprobación previa para su medicina
 - Usted debe usar otra medicina antes de que pague por la medicina que le recetaron a usted primero
 - Hay un límite en la cantidad o dosis de la medicina que le recetaron
 - Y usted o su doctor no está de acuerdo con cualquiera de lo escrito arriba.
- Pague por la receta y solicite que el plan le devuelva el dinero a usted por medio de solicitar una determinación de cobertura.

Usted, su doctor, miembro de su familia, u otro representante designado puede comunicarse con su plan para solicitar que el plan le cubra la medicina que usted necesita. Para hacer esta solicitud, usted puede llamar o escribir una carta. Una vez que se reciba la solicitud, el plan tiene 72 horas ó 24 horas para informarle a usted de su

decisión, dependiendo del tipo de solicitud que se haya hecho:

Solicitud Normal: Si usted ha presentado una solicitud normal para cobertura o una solicitud para que le devuelvan el dinero el plan tendrá 72 horas para responder.

Solicitud Agilizada: Si usted ha presentado una "solicitud agilizada" para cobertura el plan puede tener 24 horas para responder. La solicitud será agilizada si su doctor le dice al plan que la vida o la salud de usted estarán seriamente en peligro si se espera para una decisión normal. También puede ser agilizada a la discreción del plan si usted mismo solicita una revisión más rápida, pero no tiene el apoyo de su doctor.

El plan tal vez le informe a usted de su decisión primero por teléfono dentro de 24 horas. También debe enviarle por correo una carta de determinación de cobertura agilizada dentro de tres días laborales después de informarle a usted verbalmente de su decisión.

Si el plan no le da usted un aviso por escrito acerca de su determinación agilizada dentro de estos periodos de tiempo, el plan debe enviar la solicitud de usted para determinación de cobertura agilizada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE por sus siglas en Inglés). Esto se tratará en el Paso 2 en el proceso de apelaciones que se resume abajo.

Excepciones

Una "excepción" es un tipo de determinación de cobertura. Es una petición para una determinación de cobertura que requiere que usted presente una declaración de apoyo de su doctor. Esta declaración debe explicar por qué usted necesita la medicina que usted está solicitando.

Usted puede solicitar una excepción si:

- Usted está tomando una medicina que se ha quitado del formulario;
- Se le ha recetado una medicina que no está en el formulario y es médicamente necesaria;

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 03-18-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

- El co-pago por una medicina que usted está usando cambia y usted no puede pagar la nueva cantidad que se requiere que usted pague;
- Usted le está solicitando al plan que cubra una medicina no preferida al precio de la medicina preferida.

En general, una petición de excepción debe ser concedida: 1) si el plan determina que la medicina es “médicamente necesaria;” y 2) si su doctor que le está recetando determina por lo menos una de estas tres situaciones:

- Que ninguna de las medicinas que están en el formulario será tan efectiva como la medicina que no está en el formulario.
- Que cualquier otra medicina tendría efectos adversos
- Que la medicina preferida del plan para el tratamiento de la condición no será tan efectiva como la medicina recetada o que tendría un efecto adverso.

Nota: Los planes Medicare de recetas médicas usan un sistema de niveles para aplicar un co-pago a una particular medicina. Las medicinas genéricas en la lista de medicinas preferidas de un plan usualmente tendrán el co-pago mas bajo mientras que las medicinas que no están en la lista de medicinas preferidas del plan estarán en un nivel más alto y tendrán co-pagos más altos.

Una vez que se conceda la excepción, permanece en efecto durante el año del calendario/ (mientras que su doctor la recete). Si usted renueva su inscripción en el mismo plan de medicinas de Medicare al final del año, tal vez se requiera que usted presente una nueva excepción para el año siguiente.

Si el plan de medicinas le niega su cobertura, el plan debe informarle a usted (y a su doctor, si el ó ella es quien hizo la solicitud para la excepción) por escrito dentro de 72 horas. Debe explicarle la razón por la negativa y cómo continuar en el proceso de apelaciones.

Apelaciones

Si el plan le expide una determinación de cobertura o una excepción que no es a favor de usted, usted puede apelar esa decisión. Cuando usted se une a un plan de medicinas de Medicare, el plan le enviará a usted información acerca de los

procedimientos de apelaciones del plan. Guarde esta información donde pueda encontrarla en caso de que la necesite. Usted también puede llamar a su plan de medicinas para esta solicitar esta información.

Hay disponibles cinco niveles de apelación, resumidos abajo.

Paso 1: Redeterminación por Plan

El primer paso en el proceso de apelaciones es a través de su plan de medicinas. Usted debe solicitar esta apelación dentro de 60 días de calendario de la fecha de la determinación de cobertura (aunque el período de tiempo puede ser alargado si usted puede mostrar que tiene una buena razón por la que usted archivó la apelación tarde). Usted, su representante designado, o su doctor deben archivar una solicitud por escrito a menos que su plan acepte solicitudes por teléfono.

Su solicitud puede ser agilizada si su plan determina, o si su doctor le dice al plan, que la vida o la salud de usted estarán seriamente en peligro si se espera para una decisión normal. Una vez que su plan recibe su solicitud, el plan tiene siete días (normal) ó 72 horas (agilizada) para informarle a usted de la decisión.

Paso 2: Reconsideración por una Entidad de Revisión Independiente (IRE por sus siglas en Inglés)

Si usted no está satisfecho después de la Redeterminación, usted puede solicitar la próxima revisión por una Entidad de Revisión Independiente (IRE por sus siglas en Inglés). Usted debe hacer una solicitud normal o agilizada dentro de 60 días de la fecha de la decisión. Su solicitud será agilizada si la IRE determina, o si su doctor dice que la vida o la salud de usted estarán seriamente en peligro si se espera para una decisión normal. La solicitud debe ser por escrito y ser enviada directamente a la IRE.

Una vez que la solicitud es archivada, la IRE tiene siete días (normal) ó 72 horas (agilizada) para informarle de la decisión. Se requiere que la IRE le pregunte al doctor que le receta a usted su opinión acerca de la apelación y ellos deben incluir un informe de la opinión del doctor en la documentación de la redeterminación.

La IRE en California se llama Maximus CHDR (Centro para Resolución de Disputa de Salud) y

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 03-18-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

puede encontrar más información en su página de Internet: medicarepartdappeals.com.

Paso 3: Audiencia con un Juez de Ley Administrativa (ALJ por sus siglas en Inglés)

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Reconsideración, usted puede solicitar una audiencia con un ALJ del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Usted debe solicitar la audiencia por escrito dentro de 60 días de la decisión de la IRE.

Usted debe enviar la solicitud a la entidad especificada en el aviso de reconsideración de la IRE. Para recibir una audiencia ALJ, el valor previsto de su cobertura que se le negó debe alcanzar una cantidad mínima. (Usted tal vez pueda combinar las demandas para cumplir con el mínimo.) En el 2008, el mínimo es \$120 (usualmente esta cantidad aumentará cada año). La decisión de la IRE debe incluir esta cantidad.

Una vez que se haya recibido la solicitud, el ALJ generalmente tiene 90 días para hacer una decisión, aunque este período de tiempo puede ser alargado por varias razones, incluyendo el presentar nueva evidencia o si usted solicita una audiencia en persona. Las audiencias generalmente se hacen por teléfono o por medio de video-conferencia.

Hay varias maneras de alcanzar la cantidad mínima requerida:

- Use el valor previsto de la medicina (o medicinas) en cuestión a través del año de calendario
- Combine dos o más de sus apelaciones
- Se pueden combinar dos o más apelaciones de varias personas diferentes (que están en el mismo plan de medicinas) si todas las apelaciones implican la misma medicina

Paso 4: Revisión por el Concilio de Apelaciones de Medicare (MAC por sus siglas en Inglés)

Si usted no está satisfecho después de la decisión de ALJ, usted puede solicitar una revisión por MAC. Usted debe hacer la solicitud por escrito a MAC dentro de 60 días de la fecha de aviso de la decisión de ALJ. MAC generalmente tiene 90 días para hacer una decisión después de recibir la

solicitud. Normalmente no habrá una audiencia durante esta etapa de la apelación.

Paso 5: Revisión por un Juzgado Federal

Si usted todavía no está satisfecho, usted puede solicitar una revisión por un juzgado Federal. Usted debe hacer la solicitud por escrito dentro de 60 días de la fecha de aviso de la decisión de MAC.

Usted debe enviar su solicitud a la entidad especificada en el aviso de notificación de MAC. Para recibir una revisión de un juzgado Federal, el valor previsto de la cobertura que se le negó a usted debe cumplir una cantidad mínima (por ejemplo, \$1,180 en el 2008). La decisión de MAC incluirá esta cantidad.

Nota: Usted debe considerar el conseguir asesoramiento legal antes de presentar una apelación ante un juez de ley administrativa, el Concilio de Apelaciones de Medicare o un Juzgado Federal.

Quejas/Quejas Formales

Si usted tiene una queja acerca de su plan de medicinas de Medicare que no implica cobertura o pago, usted tiene el derecho de archivar una queja (también llamada “queja formal”).

Usted debe archivar su queja dentro de 60 días del evento que motivo la queja. Las quejas pueden ser por no estar satisfecho con cualquier aspecto de las maneras como funciona el plan, actividades, o comportamiento. Ejemplos de por qué usted tal vez archive una queja incluyen:

- Usted tiene que esperar mucho tiempo por sus recetas
- El plan no hizo una decisión dentro del los períodos de tiempo requeridos
- Usted cree que las horas de servicio al cliente deben ser diferentes
- Usted no puede hablar con un representante de servicio al cliente en su idioma preferido
- La farmacia le está cobrando más de lo que usted piensa que debe pagar (En este caso, llame al plan de medicinas para obtener el precio más reciente)

Si el plan no le resuelve su queja, llame al 1-800-MEDICARE (ó al 1-800-633-4227).

Llame al Programa de Asistencia y Consejería de Asuntos de Seguros de la Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 03-18-08 © California Health Advocates: cahealthadvocates.org

El financiamiento para la traducción de esta Hoja de Datos fue provisto por el Departamento para las Personas Mayores de California (CDA por sus siglas en Inglés) el Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud, con ayuda financiera a través de un subsidio de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid, y la Agencia Federal Medicare.

El plan debe informarle a usted de su decisión dentro de 30 días después de que reciba la queja/queja formal, aunque este período de tiempo puede ser alargado si usted lo solicita o si el plan puede mostrar que una demora le puede beneficiar a usted.

Las quejas formales relacionadas con la calidad del cuidado que usted recibe deben ser contestadas por escrito, y deben incluir una descripción de su derecho de archivar una queja por escrito

Las quejas acerca de la calidad de cuidado también pueden archivarse con Lumetra, la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO por sus siglas en Inglés) en California, al 1-800-841-1602, ó al 1-800- 881-5980 (TDD para las personas con deficiencias auditivas). Vea lumetra.com.

#

El Programa de Consejería y Abogacía sobre el Seguro de Salud (HICAP por sus siglas en Inglés) provee gratis información y consejería objetiva, acerca de Medicare y otros temas relacionados. Usted puede llamar al **1-800-434-0222** para hacer preguntas o para hacer una cita en la oficina de HICAP más cercana a usted. Para encontrar la oficina de HICAP en su área, visite cahealthadvocates.org