



Revisado en enero de 2021

Cómo los Planes de medicamentos de Medicare usan las farmacias, formularios y las normas de cobertura

Cada plan de medicamentos de Medicare debe brindar por los menos una cobertura estándar establecida por Medicare. Los planes pueden variar en qué farmacias usan, qué tipo de medicamentos cubren y cuánto cobran. Los planes diseñan su acceso a la cobertura de medicamentos usando una variedad de métodos como:

- Red de farmacias
- Lista de medicamentos cubiertos (formulario)
- Normas sobre la cobertura

En esta publicación, el término “Planes de medicamentos de Medicare” incluye tanto los planes de medicamentos de Medicare como los planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos (MA-PD en inglés).

Red de farmacias

Los planes de Medicare para recetas médicas contratan a un número de farmacias que son parte de “la red” del plan. Si va a una farmacia y ésta **no es** parte de la red del plan, es posible que su plan no cubra sus medicamentos. 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 2 ó 3 meses.

- **Farmacias preferidas**
Si su plan tiene farmacias preferidas, podría ahorrar dinero al usarlas. Los costos de sus medicamentos (tales como el copago y coseguro) pueden ser menos en una farmacia preferida porque tienen un 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 3 meses de sus medicamentos cubiertos y son enviados directamente a su hogar. Usualmente esta es una forma costo efectiva y conveniente para surtir sus recetas.
- **Programas de farmacia al detal para provisiones de 2-3 meses**
Algunas farmacias al detal pueden ofrecer un suministro de 2-3 meses de medicamentos cubiertos por el plan.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare cubre una lista de medicamentos llamada Formulario. Los planes cubren los medicamentos genéricos y de marca. El formulario debe incluir al menos 2 de las medicinas en las categorías y clases comúnmente prescritas. Esto garantiza que las personas que padecen de problemas diferentes obtengan el tratamiento que necesitan.

Todos los planes de medicamentos de Medicare generalmente cubren al menos 2 medicamentos por categoría de medicamentos, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos cubren. Se requiere que los planes cubran casi todos los medicamentos dentro de estas clases protegidas: antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivos, inmunosupresores, medicamentos contra el cáncer y medicamentos contra el VIH/SIDA.

El formulario puede que no incluya su 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. **Vea la página 7 para más información sobre cómo solicitar una excepción.**

Los planes pueden eliminar inmediatamente los medicamentos de sus formularios después de que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA en inglés) los considere inseguros o si su fabricante los retira del mercado. Los planes que cumplen con ciertos requisitos también pueden eliminar inmediatamente los medicamentos de marca de sus formularios y reemplazarlos con nuevos medicamentos genéricos, o pueden cambiar el costo o las reglas de cobertura de los medicamentos de marca al agregar nuevos medicamentos genéricos. Si actualmente está tomando alguno de estos medicamentos, obtendrá información sobre los cambios específicos realizados posteriormente.

Para otros cambios relacionados con un medicamento que está tomando actualmente y que lo afectará durante el año, su plan debe hacer uno de estos:

- Le notifica por escrito al menos **30 días** antes de la fecha en que inicia el cambio.
- En el momento que vaya a buscar su prescripción, le darán un aviso escrito del cambio y le darán **suministros del medicamento para un mes** bajo las mismas condiciones que antes del cambio.

Es posible que necesite cambiar el medicamento que usa o pagar más por el mismo. También puede solicitar una excepción (vea la página 7).

Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (continuación)

Generalmente, el uso de medicamentos en el formulario de su plan le ahorrará dinero. Si usa un medicamento que no está en la lista de medicamentos de su plan, tendrá que pagar el precio completo en lugar de un copago o coseguro, a menos que califique para una excepción al formulario. Todos los planes de medicamentos de Medicare han negociado para obtener precios más bajos para los medicamentos en sus listas de medicamentos, por lo que el uso de esos medicamentos generalmente le ahorrará dinero. Además, el uso de medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca puede ahorrarle dinero.

- **Medicamentos genéricos**

Según la Administración de Drogas y Alimentos (FDA 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.

- **Niveles**

Muchos planes de recetas médicas clasifican sus medicamentos por “niveles” en sus formularios para disminuir costos. Cada plan divide sus niveles en diferentes formas. Los medicamentos de cada nivel tienen un precio diferente. Generalmente, un medicamento en un nivel inferior le costará menos que un medicamento en un nivel superior.

Ejemplos de los Niveles de medicamentos

- **Nivel 1**—La mayoría de los medicamentos recetados son genéricos: copago más bajo
- **Nivel 2**—Medicamentos recetados de marcas preferidas: copago mediano
- **Nivel 3**—Medicamentos recetados de marcas no preferidas: copago más alto
- **Nivel Especial**—Medicamentos especiales de muy alto costo: copago o coseguro más alto

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. Vea la página 7 para más información sobre cómo solicitar una exención. Recuerde, esto es sólo un ejemplo - los niveles de su plan pueden ser diferentes.

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 como se describe a continuación y en la página 5.

• **Autorización previa**

Usted puede necesitar autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que antes de que el plan cubra estos medicamentos, debe demostrar que cumple con ciertos criterios para recibir este medicamento. Los planes hacen esto para asegurarse que el medicamento es usado correctamente.

Los planes también pueden usar la autorización previa cuando cubren un medicamento para ciertas afecciones médicas, pero no todas las afecciones médicas para las que se ha aprobado un medicamento. Cuando esto ocurra, los planes pudieran tener un medicamento alternativo en su formulario (lista de medicamentos) para otra condición médica que pudiera ser recetada.

Sin embargo, si su recetador cree que es medicamento necesario para usted tomar ese medicamento en particular, aunque no cumpla con los criterios de autorización previa, usted o su recetador pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción. Su prescriptor debe dar una declaración que respalde la solicitud. Si se aprueba la solicitud, el plan cubrirá el medicamento en particular, incluso si no obtuvo una autorización previa para el medicamento.

• **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 aprobados para su condición antes de moverse a un “nivel” superior. 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 su doctor cree que su condición médica hace medicamento necesario que usted use la medicina más costoso en la terapia por pasos sin usar el medicamento menos costos primero, él o ella puede comunicarse con el plan para solicitar una excepción.

Su médico puede solicitar una excepción si considera que usted tendrá efectos negativos en su salud si toma un medicamento menos caro o si el medicamento podría ser menos efectivo. Su médico debe darle una declaración escrita para apoyar la petición. Si la petición de su médico es aprobada, la medicina en la terapia por pasos será cubierta. Vea la página 7 para más información sobre cómo solicitar una excepción.

Terapia en etapas/pasos (continuación)

Ejemplo de terapia en etapas/pasos

Paso 1—El Dr. Crespo desea recetar un inhibidor ACE (Enzima Convertidora de Angiotensina) para tratar los problemas cardíacos del Sr. Montes. Hay más de una clase de inhibidor ACE. 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. Para la mayoría de las personas el medicamento genérico es tan eficaz como el medicamento de marca.

Paso 2—El Sr. Montes toma el medicamento genérico pero tiene efectos secundarios adversos o su mejoría ha sido limitada, el Dr. Crespo puede proveer la información al plan para solicitar que el plan cubra el medicamento de marca. Si es aprobado, 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 su médico considera que por su condición médica la cantidad limitada no es medicamento apropiada (por ejemplo, usted necesita una dosis de 2 tabletas diarias), éste o usted pueden comunicarse con su plan para pedir una excepción.

- **Comprobaciones de seguridad de los medicamentos opioides para el dolor.**

Revisiones de seguridad en la farmacia.

Cuando compra un medicamento recetado en la farmacia, los planes de medicamentos de Medicare y los farmacéuticos se aseguran de que la receta sea correcta, que no haya interacciones y que el medicamento sea adecuado para usted. También hacen revisiones de seguridad para controlar el uso seguro de los opiáceos y otros medicamentos de abuso frecuente.

Estas revisiones son especialmente importantes si tiene más de un médico que prescribe estos medicamentos. En algunos casos, es posible que el plan de medicamentos de Medicare o el farmacéutico necesiten hablar primero con su médico antes de que le puedan dar su medicamento.

Comprobaciones de seguridad de los medicamentos opioides para el dolor (continuación)

Su plan de medicamentos o farmacéutico puede hacer una revisión de seguridad si:

- Toma cantidades de opioides potencialmente inseguras según lo determine el plan de medicamentos o el farmacéutico.
- Toma opioides con benzodiazepinas como Xanax®, Valium® y Klonopin®.
- ¿Está usando opioides de nuevo? Puede estar limitado a un suministro inicial de 7 días o menos, para disminuir la probabilidad de adicción o uso a largo plazo.

Si su farmacia no puede darle su receta como está escrita, el farmacéutico le enviará un aviso explicándole cómo usted o su médico pueden llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión de cobertura. Si su salud lo requiere, puede solicitarle al plan una decisión de cobertura rápida. También puede solicitar a su plan una excepción a sus reglas antes de ir a la farmacia, para que sepa si su plan cubrirá el medicamento. Visite [Medicare.gov/medicare-prescription-drug-coverage-appeals](https://www.Medicare.gov/medicare-prescription-drug-coverage-appeals) para conocer cómo solicitar una excepción.

Programas de manejo de medicamentos

Algunos planes de medicamentos de Medicare tienen un programa de administración de medicamentos para ayudar a los pacientes que están en riesgo de abuso de medicamentos recetados. Si recibe opioides de varios médicos o farmacias, su plan puede hablar con sus médicos para asegurarse de que necesita estos medicamentos y de que los está usando de manera apropiada.

Si su plan de medicamentos de Medicare decide que su uso de opioides recetados y los benzodiacepinas no son seguros. El plan le enviará una carta por adelantado. Esta carta le indicará si el plan limitará la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le solicitará que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia que seleccione.

Antes de que su plan de medicamentos de Medicare lo incluya en su Programa de administración de medicamentos, se lo notificará por carta y podrá indicarle al plan qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Usted y su médico pueden apelar si no están de acuerdo con la decisión de su plan o si cree que el plan cometió un error.

Nota: las revisiones de seguridad y los programas de administración de medicamentos generalmente no le aplican si tiene cáncer, cuidados paliativos o cuidado por un enfermedad terminal o si está en un hospicio o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Si pertenece a un plan de medicamentos de Medicare 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 medicamentos de Medicare 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 si:
 - Usted o su médico cree que necesita un medicamento que no está en el formulario de su plan.
 - 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 debe comunicarse con su plan para pedir una determinación de cobertura. Si su farmacia de la red no puede proveerle una receta como está escrita, el farmacéutico le dará o mostrará un aviso que le explicará cómo solicitarle a su plan de medicamentos de Medicare su pedido.

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

La solicitud estándar 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 no está de acuerdo con la determinación de cobertura o decisión de excepción de su plan de medicamentos de Medicare, tiene derecho a apelar la decisión. La decisión por escrito de su plan le explicará cómo presentar una apelación. Lea la información cuidadosamente y llame al plan si tiene preguntas. Para más información sobre sus derechos de apelación de Medicare, visite [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Para más información?

- Comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare. 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. También puede verlo o imprimirlo en [es.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html](https://www.es.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html)
- Visite el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare). El Buscador de Planes de Medicare le permite buscar y comparar las opciones de cobertura disponibles en su área.
- Lea la publicación “Su Guía Sobre la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare”. Puede verlo o imprimirlo en [es.Medicare.gov/publications](https://www.es.Medicare.gov/publications).
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico. Para obtener el número de teléfono o llame al 1-800-MEDICARE o visite [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato alternativo como letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/nondiscrimination/accessibility-nondiscrimination.html](https://www.Medicare.gov/about-us/nondiscrimination/accessibility-nondiscrimination.html) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

