

Apelaciones de la Parte D:

Qué hacer cuando su medicamento no está cubierto



Resumen sobre las apelaciones de la Parte D:

- Si su plan no cubre su medicamento, usted puede apelar la decisión.
- El proceso es el mismo, ya sea que usted reciba su cobertura de medicamentos a través de un plan independiente de la Parte D o a través de un Plan Medicare Advantage.
- Las instrucciones sobre cómo apelar siempre estarán incluidas en su aviso de denegación.
- Su médico puede apelar por usted o escribir una carta de respaldo para ayudar con su apelación, pero no está obligado a hacerlo.
- Hay más de un nivel de apelaciones y usted tiene derecho a continuar apelando si no tiene éxito en el primer nivel.
- Guarde toda la documentación durante el proceso y ponga atención a las fechas límite.

Empiece con una solicitud de excepción



Si su plan no va a cubrir su medicamento recetado, su farmacéutico debe entregarle un aviso llamado **Cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sus derechos**.

Después de recibir este aviso, llame a su plan para averiguar por qué no va a cubrir el medicamento. Por ejemplo:

- El medicamento no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan.
- Es posible que usted necesite solicitar aprobación del plan antes de que cubra el medicamento.
- Su plan puede requerir que usted pruebe primero un medicamento diferente, generalmente menos costoso.
- Le han recetado el medicamento para un uso no aprobado.

Empiece con una solicitud de excepción (continuación)

Una vez que sepa por qué no está cubierto su medicamento, hable con el médico que se lo recetó acerca de sus opciones. Por ejemplo, usted podría probar un medicamento comparable que su plan cubre.



Si cambiar a otro medicamento no es una opción, necesitará presentar una solicitud de excepción con su plan. Esta es una solicitud formal de cobertura y puede contactar a su plan para averiguar cómo presentar una. Pídale a su médico una carta de respaldo para su solicitud de excepción.



Si se aprueba su solicitud, su medicamento estará cubierto. Si se deniega, su plan le enviará un **Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare**. Este es el aviso de denegación formal del plan y ahora usted puede elegir iniciar una apelación formal.

El proceso de apelaciones de la Parte D



Usted tiene **60 días** a partir de la fecha indicada en este aviso para presentar una apelación. Las instrucciones sobre cómo presentar una apelación están incluidas en su aviso de denegación. Su proveedor puede apelar en su nombre o ayudarle con el proceso de apelación, pero no está obligado a hacerlo. Si un médico no está apelando en su nombre, pídale que escriba una carta de respaldo que aborde las razones del plan para no cubrir su medicamento. Si su plan aprueba la apelación, su medicamento estará cubierto. Si se deniega su apelación, usted puede elegir avanzar al siguiente nivel de apelación.

Hay cuatro niveles de apelación después de este paso inicial. En cada nivel, si recibe una denegación, siga las instrucciones en el aviso de denegación para presentar su siguiente apelación. Cumpla cuidadosamente con las fechas límite. Si se aprueba su apelación en cualquier punto, su plan de la Parte D debe cubrir su medicamento hasta el final del año natural. Asegúrese de preguntarle a su plan si seguirá cubriendo el medicamento una vez que el año termine. Si no lo hará, usted puede apelar una vez más el próximo año, o considerar cambiar su plan de la Parte D durante el periodo de inscripción abierta de Medicare por un plan que cubra su medicamento.



Si necesita ayuda para entender el proceso de apelaciones, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés). Un asesor del SHIP puede darle más información y guiarle a través del proceso. Consulte la última página de este documento para obtener la información de contacto.

Lea sus estados de cuenta de Medicare para detectar posibles fraudes, errores o abusos.

Una **Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)** es el estado de cuenta que su Plan Medicare Advantage o su plan de medicamentos recetados de la Parte D generalmente le envía después de que usted recibe medicamentos, servicios o artículos. Una EOB no es una factura.



Una EOB también es diferente al Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés), el cual recibe si tiene Medicare original. Usted puede recibir ambos estados de cuenta si tiene Medicare original y un plan independiente de la Parte D, es decir, un MSN para su Medicare original y una EOB para su plan de la Parte D.

Aprendamos más acerca de las EOB:

- Su EOB es un resumen de los medicamentos, servicios y artículos que usted ha recibido. Ahí se indica la cantidad que su proveedor facturó, la cantidad aprobada que su plan pagará y cuánto puede deberle usted al proveedor.
- Las EOB generalmente se envían una vez al mes por correo postal, pero algunos planes le dan la opción de revisar su EOB en línea.
- Si mantiene un registro de sus citas, pruebas y recibos de los servicios y artículos recibidos con su "Mi Rastreador de Atención de Salud" de la SMP, puede comparar sus EOB con lo que registró en su rastreador.
- Es importante que lea su EOB tan pronto como la reciba para verificar que usted realmente recibió todos los medicamentos, servicios o artículos mencionados.
- Si encuentra un posible error de facturación, contacte primero a su proveedor para que este pueda hacer correcciones.



Si su proveedor no corrige los posibles errores, contacte a su **Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés)**. El programa de la SMP habilita y ayuda a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos relacionados con la atención de salud.

A quién contactar para obtener más información

Con su médico u otro proveedor de atención de salud: hable sobre otras opciones para su medicamento. Si esto no es posible, pida a su médico que le ayude a presentar una solicitud de excepción y, luego, a presentar una apelación.

Plan Medicare Advantage o plan de la Parte D: si la farmacia deniega su cobertura, contacte a su plan para averiguar por qué el medicamento no está cubierto.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): un asesor de Medicare en su SHIP puede guiarle por los pasos del proceso de apelaciones.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): contacte a su SMP si ha experimentado un posible fraude, abuso o error contra Medicare. Las SMP pueden ayudarle y compartir información para prevenir, detectar y reportar experiencias de este tipo.

Ohio Senior Health Insurance Information Program	Ohio Senior Medicare Patrol
800-686-1578	800-293-4767
OSHIPPPmail@insurance.ohio.gov	mgallagher@proseniors.org
www.insurance.ohio.gov	www.proseniors.org/ohio-smp
Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 (y diga "Medicare" cuando se lo pidan) o visite www.shiphelp.org	Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org
Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 www.shiphelp.org info@shiphelp.org Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 www.smpresource.org info@smpresource.org © 2023 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org	
<p><i>El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado. Este documento recibió apoyo parcial de los números de subvención 90SATC0002 y 90MPRC0002, de parte de la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se insta a los beneficiarios que llevan a cabo proyectos con el patrocinio gubernamental a expresar libremente sus hallazgos y conclusiones. Por lo tanto, los puntos de vista o las opiniones no necesariamente representan la política oficial de la Administración para la Vida en Comunidad.</i></p>	