



VADEMÉCUM, EXCEPCIONES Y APELACIONES

Medicare pronto ofrecerá cobertura de seguro para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados. El nuevo programa, conocido como Medicare Parte D, comenzará el 1º de enero de 2006. A fin de ayudarlo a comprender esta nueva cobertura, AARP cuenta con dos publicaciones básicas: *The New Medicare Prescription Drug Coverage: What You Need to Know* (El nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. Lo que usted necesita saber) y *The New Medicare Prescription Drug Coverage: Extra Help for People With Limited Incomes* (El nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. Ayuda adicional para personas con ingresos limitados) y una serie de folletos complementarios que brindan más información acerca de la nueva cobertura. Uno de estos folletos es *The New Medicare Prescription Drug Plans: Drug Formularies, Exceptions, and Appeals* (Los nuevos planes de Medicare para medicamentos recetados. Vademécum, excepciones y apelaciones).

Los nuevos planes de Medicare para medicamentos recetados deben ofrecer medicamentos de cada categoría principal de medicamentos. Los planes individuales no tienen la obligación de cubrir todos los medicamentos, sin embargo deben ofrecer *por lo menos* dos medicamentos de cada una de las categorías de medicamentos especificada. La **lista de medicamentos preferenciales o vademécum** de cada plan de medicamentos recetados variará según el plan. Por ejemplo, se les exigirá a todos los planes que ofrezcan al menos dos medicamentos para el tratamiento de la diabetes. Existen muchos medicamentos para diabéticos (incluidos medicamentos de marca y genéricos) que su médico podría recetar. El medicamento que se ofrecerá para el tratamiento de la diabetes, está sujeto a cada plan en particular.

MÁS A CONTINUACIÓN >

Un plan de medicamentos recetados puede decidir ofrecer la mayoría o todos los medicamentos disponibles en cada categoría de medicamentos, pero establecer en su vademécum diferentes co-pagos para los medicamentos genéricos, para los medicamentos de marca “preferenciales” y para los medicamentos “no preferenciales”. Entonces, por ejemplo, un medicamento genérico puede tener un co-pago de \$10 mientras que un medicamento de marca preferencial puede tener un co-pago de \$20 y un medicamento de marca no preferencial puede costar \$30. Por lo tanto, es importante que verifique los medicamentos recetados que está tomando en el vademécum de cualquier plan de medicamentos recetados que le interese. Su farmacéutico puede ser de gran ayuda y por lo general imprimirá una lista de los medicamentos que usted toma actualmente si se lo solicita.

¿Qué puedo hacer si el plan de medicamentos recetados que elegí no cubre todos mis medicamentos?

Aún si verifica cuidadosamente para ver que todos sus medicamentos se encuentren en su lista preferencial del plan de medicamentos antes de seleccionarlo, quizás encuentre que ningún plan para medicamentos ofrece todos los medicamentos que usted toma. Esto tal vez no sea algo malo. A menudo, los medicamentos que están en el vademécum del plan pueden ser tan buenos como los medicamentos que usted suele tomar, e incluso menos costosos. Además, los medicamentos en el vademécum del plan pueden ser mejores que los que actualmente está tomando. Debe consultar a su médico para determinar si los medicamentos del vademécum del plan de medicamentos son los indicados para usted.

Existen varias situaciones posibles en las que su plan de medicamentos quizás no tenga un medicamento que su médico le haya recetado de su lista de medicamentos o vademécum. Usted puede estar tomando un medicamento que no se encuentra en el vademécum del plan de medicamentos y su médico no quiere que lo cambie. O su médico quizás desea probar un medicamento nuevo para una enfermedad actual que no se encuentra en la lista de medicamentos de su plan. También es posible que usted desarrolle la necesidad de tomar un medicamento nuevo que no se encuentra en la lista de medicamentos de su plan. Por último, en algunas circunstancias, es posible que un plan de medicamentos cambie los medicamentos de la lista durante un año (sin embargo, tiene que comunicárselo con 60 días de anticipación o darle durante 60 días un suministro del medicamento que se quitó de la lista). En cualquiera de los casos, puede hacer dos cosas:

MÁS A CONTINUACIÓN >

- a) trabajar con su médico para encontrar otro medicamento que sea seguro y efectivo para usted y que se encuentre en la lista de medicamentos o vademécum* de su plan, o;
- b) solicitar que se realice una **excepción en el vademécum**.

¿Cómo solicito que se realice una excepción en el vademécum?

La nueva ley de Medicare para medicamentos recetados brinda una forma para que usted apele a fin de tratar de conseguir un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos del plan. Usted, su médico, su farmacéutico o un representante personal pueden presentar un pedido de **excepción en el vademécum**, brindando información al patrocinador del plan de medicamentos acerca de por qué un medicamento en particular es “**necesario por razones médicas**”. Con la ayuda de su médico o farmacéutico, tendrá que explicar por qué el medicamento que se encuentra en la lista del plan no es efectivo o por qué le causaría “**efectos secundarios perjudiciales**”. Si se le concede la excepción en el vademécum, será válida por un año, pero puede volver a realizar la solicitud a fin de extender la excepción para el próximo año. Si su solicitud para realizar la excepción en el vademécum es rechazada, también puede apelar contra esta decisión (dentro de los 60 días) mediante la solicitud de un pedido, en forma oral o por escrito, para que se realice una redeterminación, que consiste en un pedido para que el patrocinador del plan de medicamentos lleve a cabo otra revisión. Normalmente, un plan puede tardar 7 días para responder a su pedido; sin embargo, también es posible obtener una **redeterminación acelerada** si fuera necesaria por **razones médicas**, de acuerdo con la opinión de su médico. En ese caso, se le exigirá a su plan de medicamentos que tome una decisión en 72 horas. Sin embargo, no obtendrá una revisión acelerada si ya ha comprado el medicamento y sólo solicita un reembolso.

*AARP ha desarrollado una guía para el consumidor en línea a fin de ayudarlo a hallar los medicamentos más efectivos y accesibles. La guía brinda información acerca de la seguridad, la efectividad y el costo de los medicamentos. Está basada en una revisión y evaluación independientes de la evidencia médica disponible realizada por el Drug Effectiveness Review Project of Oregon Health & Science University's Center for Evidence-based Policy (Proyecto de revisión de efectividad de los medicamentos del Centro para la póliza basada en la evidencia de la Universidad de Salud y Ciencia de Oregon). La guía demuestra que los medicamentos más caros no son necesariamente los mejores, y que los consumidores dispuestos a consultar a sus médicos o farmacéuticos, con frecuencia, pueden hallar medicamentos de costos más bajo que sean seguros y efectivos. Para mayor información acerca de la guía del consumidor de medicamentos recetados de AARP visite el sitio web de AARP en: www.aarp.org/health/affordable_drugs/.

MÁS A CONTINUACIÓN >

¿Hay otros niveles de apelación?

Entidad de Revisión Independiente (IRE)

Sí. Si la redeterminación descrita recientemente también es rechazada, el próximo nivel de apelación consiste en dirigirse a una **Entidad de Revisión Independiente** para que realice una **reconsideración**. Una Entidad de Revisión Independiente es independiente de su plan de medicamentos y realiza un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a fin de revisar los pedidos de excepción en el vademécum. Si su plan no emite una redeterminación en el período del límite de tiempo requerido, el programa de medicamentos debe enviar automáticamente la solicitud a una Entidad de Revisión Independiente. Si el plan para medicamentos no emite su redeterminación a tiempo, entonces usted o su médico deben presentar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de redeterminación. La Entidad de Revisión Independiente reúne información a través de su médico, pero también utiliza otros médicos que le ayudan a tomar su determinación acerca de si su medicamento es necesario para usted por razones médicas. Se le exige a esta entidad que informe acerca de su decisión a usted, a su plan y a su médico dentro de los 7 días para emitir una reconsideración estándar y dentro de las 72 horas para emitir una reconsideración acelerada. Si la decisión lo favorece, el plan para medicamentos recetados le debe proporcionar el medicamento en 72 horas luego de recibido el aviso, o el pago dentro de los 60 días si ya ha comprado el medicamento.

Los dos niveles siguientes de apelación sólo están disponibles si el monto de dinero que solicita para pagar sus medicamentos cumple con ciertos requisitos de costo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno Federal (Department of Health & Human Services) establece cada año. En el año 2006, el costo de los medicamentos se elevará a un total al menos de \$100. Usted puede cumplir con los requisitos de costo mediante la suma de todos los costos de este medicamento durante un año completo. También puede solicitar más de un medicamento de una vez. Además, usted y otros participantes del plan pueden realizar la solicitud combinada de un medicamento en particular.

Juez de derecho administrativo (ALJ)

La decisión que toma la Entidad de Revisión Independiente se puede apelar a un **Juez de derecho administrativo**. La solicitud se debe realizar dentro de los 60 días desde la fecha del aviso de

MÁS A CONTINUACIÓN >

reconsideración fallida que usted recibe de la Entidad de Revisión Independiente.

Consejo de apelaciones de Medicare

El Consejo de apelaciones de Medicare emite las decisiones finales del Departamento de Salud y Servicios Humanos, y es el último paso antes de solicitar una revisión judicial a través del sistema de tribunales federales.

Igual que con el Juez de derecho administrativo, las apelaciones al Consejo de apelaciones de Medicare se deben realizar dentro de los 60 días desde la fecha en la que el Juez de derecho administrativo dictó la decisión desfavorable para usted.

Revisión judicial

El paso final en el proceso de apelaciones al vademécum es responsabilidad del sistema de tribunales federales. Los requisitos de costo para este tipo de apelación son mucho más elevados. En el 2006 los costos totales de los medicamentos deberán ser al menos de \$1.050, aunque usted puede alcanzar ese total de las mismas maneras que para las demás apelaciones descritas en este folleto (vea el segundo párrafo en Entidad de Revisión Independiente, más arriba).

**Para recibir el folleto gratuito de
AARP llame 1-888-687-2277.**