

Recetas a través de Medicare Cobertura de medicamentos y sus derechos

Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura y de recibir una explicación por escrito de su plan de medicamentos de Medicare si:

- Su médico recetante o farmacéutico le dice que su plan de medicamentos de Medicare no cubre un medicamento recetado por la cantidad o en la forma recetada; o
- Se le pide pagar una cantidad de costo compartido diferente de lo que usted pensaba que tendría que pagar por un medicamento recetado.

También tiene el derecho de pedir a su plan de medicamentos de Medicare una excepción (un tipo especial de determinación de cobertura) y de recibir una explicación por escrito de su plan de medicamentos de Medicare si:

- Usted cree que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos que tiene su plan. La lista de medicamentos cubiertos se llama "formulario";
- Usted cree que una regla de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debe ser aplicable en su caso por motivos médicos; o
- Usted cree que debe recibir un medicamento que necesita a un costo compartido más bajo.

Lo que debe hacer:

- Contacte a su plan de medicamentos de Medicare para pedir una determinación de cobertura, incluyendo una solicitud de excepción.
- Consulte el folleto de beneficios que recibió de su plan de medicamentos de Medicare o llame al 1-800-MEDICARE para averiguar cómo contactar al plan de medicamentos.
- Cuando contacte a su plan de medicamentos de Medicare, esté listo para dar los siguientes datos:
 - El (Los) medicamento(s) recetado(s) que usted piensa que necesita. Incluya la dosis y la concentración, si las conoce.
 - El nombre de la farmacia o el médico recetante que le dijo que dicho(s) medicamento(s) no estaba(n) cubierto(s).
 - La fecha en que se le dijo que el(los) medicamento(s) no estaba(n) cubierto(s).

APROBADO OMB #0938-0975

La explicación por escrito del plan de medicamentos de Medicare le dará los motivos específicos por los cuales no está cubierto el medicamento recetado y le indicará cómo solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con la decisión del plan.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le exige responder a una recolección de información a menos que muestre un número válido de control OMB. El número válido de control OMB de esta recolección de información es 0938-0975. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima que promedia un minuto por respuesta, incluyendo el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, y entregarlo a la persona inscrita. Si tiene algún comentario referente a la precisión del tiempo estimado o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Formulario No. CMS-10147 (10/31/2011)

Formulario de acuse de recibo:

Firma del paciente (o tutor legal o padre/madre): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Escribir claramente el nombre del firmante: _____