



Fecha: _____

Estimado/a cliente:

El Centro de Derechos de Medicare es una organización nacional sin fines de lucro. Ayudamos a las personas mayores y a las personas discapacitadas a través de iniciativas educativas, defensoría y consejería gratis. No somos una agencia gubernamental, ni estamos conectados con planes o compañías de seguro médico.

Recientemente usted llamó a nuestra línea de servicios para pedir ayuda con una denegación que recibió de su plan de la Parte D de Medicare. Usted tiene el derecho a apelar esa denegación, lo cual constituye una petición formal para que Medicare evalúe la decisión inicial. En la mayoría de los casos, podrá apelar en cualquier momento si no está de acuerdo con la decisión de su plan de denegar, reducir, o terminar cuidado médica necesaria.

Este paquete contiene información adicional acerca del proceso de apelación de Medicare Original incluyendo:

- Un resumen del proceso de apelación
- Una lista de recomendaciones
- Un ejemplo de una carta de apelación
- Un ejemplo de una carta de proveedor

Si tiene preguntas, llámenos de nuevo al 800-333-4114.

Atentamente,

Consejería de la línea de servicios



Lo que puede hacer cuando su plan de la Parte D no paga por un medicamento

Si su plan de la Parte D de Medicare no cubre un medicamento que usted necesita, no tiene que aceptar un “no” como respuesta. Usted puede apelar.

Apelar significa pedir formalmente que su plan cubra su receta. Algunas de las razones más comunes para apelar son:

- El medicamento que usted necesita no está en la lista de medicamentos cubiertos por su plan (**formulario**).
- Su plan de recetas médicas sólo cubre una cantidad limitada del medicamento que usted necesita (**límites de cantidad**).
- Su plan le pide que usted pruebe otros medicamentos primero (**terapia en pasos**).
- Su plan requiere que usted solicite un permiso especial por adelantado antes de cubrir su receta (**autorización previa**).
- Su plan le está cobrando más por su medicamento que otros similares en el formulario.

Hay ciertos pasos que debe de seguir para apelar. Estos pasos son los mismos para todos los planes de la Parte D. Tanto usted como su plan tienen períodos de tiempo establecidos para completar cada uno de estos pasos.

La mayoría de las personas no tienen que seguir todos estos pasos para tener acceso a su medicamento. Sin embargo, es útil conocerlos y saber cómo funcionan.

Estos son los pasos para cualquier apelación de un plan de la Parte D:

Paso 1: Pida una excepción.

- Antes de comenzar el proceso de apelación, usted debe de pedir formalmente que su plan le cubra el medicamento que necesita. Esto se llama **solicitud de excepción**. De este modo, usted le pide a su plan que haga una excepción a sus reglas y que le cubra su receta.
- Cuando pida una excepción, debe mandar una carta escrita por su doctor a su plan. La carta debe indicar por qué necesita el medicamento y que los medicamentos del formulario no funcionarían bien para usted o que le podrían ser dañinos. A esto se le conoce como **carta de necesidad médica**.

- Usted puede pedir una excepción para un medicamento que no esté incluido en el formulario del plan. También puede solicitar una excepción para que su plan elimine las restricciones sobre su medicamento. Las restricciones son reglas especiales de cobertura. Las restricciones más comunes son: **autorización previa** (requiere permiso por adelantado), **terapia en pasos** (uso de medicamentos más baratos), y **límites de cantidad** (límites a la cantidad o dosis del medicamento).
- Usted puede solicitar una reducción del copago para el medicamento. El copago es lo que usted paga en la farmacia. Usted puede pedirle a su plan que le cobre menos en caso de que haya un medicamento similar con un copago más bajo (medicamento preferido) que no le funciona bien o le causa daño.
- Usted puede pedir que su plan le cubra su medicamento de forma indefinida. De ese modo, si usted gana la apelación, el plan está obligado a cubrir su medicamento mientras usted esté dentro del plan. De otro modo, usualmente el plan solo cubre el medicamento hasta el fin del año.
- Usted o su doctor debe enviar una copia de la carta escrita por su doctor (la carta explicando su necesidad médica). También, envíe cualquier otro registro médico que apoye su solicitud. Por ejemplo, usted puede enviar sus historiales médicos o sus reportes de laboratorio.

Paso 2: Si su plan le niega la solicitud de excepción, apele.

- Si su plan le niega, usted puede apelar. Este paso se conoce como obtener una re-determinación. Para hacerlo, usted puede enviar los mismos materiales del Paso 1 al Departamento de Apelaciones de su plan.
- Usted debe enviar de nuevo una carta escrita por su doctor. Ésta debe incluir una respuesta a las razones dadas por su plan para negarle la cobertura. Esto puede requerir actualizar la carta original. Por ejemplo, si su plan le pide probar otros medicamentos del formulario, la carta debe especificar por qué esos otros medicamentos no le van a servir. O si su plan dice que sólo cubrirá una cierta cantidad del medicamento, su médico debe especificar por qué usted necesita la dosis en su prescripción. (Vea el documento **Doctor's Sample Letter of Medical Necessity**, adjunto).
- También, debe incluir registros médicos para dar apoyo a su apelación.
- Envíe los recibos si usted pagó por el medicamento, y pídale a su plan que le reembolse.

Paso 3: Obtenga una revisión independiente.

- Si su plan niega la apelación y no cubre el medicamento, el siguiente paso es enviar su apelación a la **Entidad Independiente de Revisión (IRE)**, por sus siglas en inglés). También puede hacer esto si su plan no responde a tiempo.
- Envíe todos sus documentos (incluyendo recibos) al IRE. El IRE es una compañía

llamada **Maximus Federal Services**. Maximus trabaja para el gobierno federal revisando apelaciones, y no está asociada en ninguna forma con ningún plan privado de la Parte D.

- Incluya su número de Medicare, su fecha de nacimiento y su información de contacto (dirección y numero de teléfono).

Paso 4: Si Maximus niega su apelación, usted puede apelar al próximo nivel. Aunque la mayoría de las personas no necesitan hacer esto para obtener cobertura, hay varios niveles más de apelación.

Consejos para apelar

- Envíe sus solicitudes por escrito. Mantenga prueba de la fecha en que envió su apelación. Guarde cada reporte de transmisión de fax o cualquier información de su envío por correo certificado. Lleve un registro detallado de conversaciones telefónicas acerca de su apelación. Incluya sobre qué conversó, con quién habló, y la fecha y hora de la llamada.
- Si su salud está en peligro, su doctor puede solicitar que su plan acelere la decisión. Esto se conoce como apelación acelerada.
- Respete las fechas límite, y exija que su plan haga lo mismo. Usted y su plan tienen plazos de tiempo específicos para cada nivel de apelación.
- Si su doctor apela por usted en niveles más altos de apelación, es posible que usted tenga que nombrar oficialmente a su doctor como su representante. Para ello utilice el documento **Appointment of Representative**.
- Durante el proceso de apelación, es posible que tenga que pagar de su bolsillo para obtener el medicamento que su plan le está negando. Si usted hace esto y gana la apelación, el plan debe reembolsarle. Envíe los recibos correspondientes junto con su apelación.



Proceso de Apelación de la Parte D

Petición Estándar
El plan tiene que responder en 72 horas del reloj.

Petición Acelerada (urgente)
El plan tiene que responder en 24 horas del reloj.

Apelación
Si la petición es negada, envíe su apelación al departamento de quejas y apelaciones del plan dentro de los **60 días** de la fecha en el aviso de denegación. La información de contacto estará en el aviso. Incluya el documento **Appointment of Representative**, adjunto, si su médico apelará por usted.

Apelación Estándar
El plan tiene que responder en 7 días del calendario.

Apelación Acelerada
El plan tiene que responder en 72 horas del reloj.

Obtenga una Revisión Independiente
Mande su apelación a Maximus Federal Services dentro de los **60 días** de la fecha en el aviso de denegación. Incluya el documento **Appointment of Representative**, adjunto, si su médico apelará por usted.

Revisión Independiente Estándar por Maximus
Maximus tiene que responder en 7 días del calendario.

Revisión Independiente Acelerada por Maximus
Maximus tiene que responder en 72 horas del reloj.

Más Niveles de Apelación
Si Maximus deniega su apelación, el siguiente paso es una revisión de un Juez de Derecho Administrativo. Después, puede obtener una audición ante el Medicare Appeals Council y una revisión judicial.



Part D Appeals Tips for Doctors

(Consejos para doctores.
Muestre esta información a su médico.)

Your patient may not be able to get the drug you prescribed if their Part D plan doesn't cover it. Or the plan may have put restrictions on the drug that keep your patient from getting it (such as prior authorization, step therapy or quantity limits).

If this is the only drug that works for your patient, your help is key to getting coverage. **For the appeal to be successful, you—as the prescribing doctor—must explain the medical necessity of the prescription that's being denied.** You must affirm that ONLY the prescribed medication works for your patient. You should write a letter of medical necessity. The letter should say why the patient needs the drug and that drugs on the formulary won't work or could be harmful to that patient.

Your letter of medical necessity is needed before the appeals process begins, when you or the patient **requests an exception.** This is when you ask the Part D plan to say in writing whether it will cover the drug or waive restrictions. The plan must make a written **coverage determination.**

If the coverage determination is favorable, the patient can get the drug. If not, the patient can start the appeals process (ask for a **redetermination**). A letter of medical necessity from you should be submitted when asking for a redetermination and at further levels of appeal if the plan continues to deny coverage.

You can use your original letter at each step in the appeals process. But the patient has a better chance of winning if you revise the letter to specifically address the reason for each denial.

The appeals process is the same whether you're asking for the plan to cover an off-formulary drug or asking the plan to remove restrictions. Your help is crucial to getting coverage.

It's important to check your patient's Part D plan formulary. There may be another drug on the formulary that will work for your patient and doesn't have restrictions on it. If you can prescribe that drug for your patient, you can avoid the appeals process.

If only the prescribed drug will work, appealing with a letter of medical necessity is the only way to get the plan to cover the drug.

More Tips for Doctors on Submitting Requests

- Submit all requests to the plan in writing.
- Keep proof of when you submit requests to the plan. These include fax transmission reports or certified mail return receipts. If you do this, the plan can't delay the appeals process by saying it never got the request.
- You may need to have your patients appoint you as their representative if you appeal on their behalf during upper levels of the appeals process. Use the attached **Appointment of Representative** form where indicated in the attached Part D Appeals Process chart.
- You can resubmit the same letter of medical necessity at each level of appeal. But it's best to address the reason for the denial. For example, the plan might deny the drug because the patient hasn't tried alternatives on the formulary. In that case, it's important to write in the letter that the patient tried the suggested alternatives and they didn't work. Or indicate that the patient can't try the alternatives because they would be ineffective or harmful.



Doctor's Sample Letter of Medical Necessity

(Ejemplo de carta de necesidad médica.
Muestre esta carta a su doctor.)

Print on your office letterhead.
Should accompany any required plan exception request forms.

Date:

Name of patient:

Plan/Member ID:

Medicare #:

Date of birth:

[Name of patient] has been under my care for [number of years]. [His/Her] diagnoses are [diagnoses]. In order to appropriately treat [name of patient]'s medical condition, I have prescribed [name of medication, dosage, and amount].

[Name of medication] at [dosage] is medically necessary for [name of patient] because [reasons]. If [s/he] cannot take this medication, [consequences of not taking the medication at issue].

[USE THE FOLLOWING PARAGRAPHS AS APPLICABLE]

No other [medications/dosages] in this class and category on the [name of plan's] formulary have been or would be as effective in treating [name of patient] because [reasons]. [List any other medications/dosages prescribed to treat your patient's condition that were less effective than the drug/dosage at issue, and/or that you believe would be less effective for your patient.]

Alternative [medications/dosages] in this class and category [have caused or could cause name of patient] to experience serious adverse consequences. [List any other medications/ dosages your patient has tried to treat the condition that had serious adverse consequences, and/or other drugs/dosages your patient has not tried that might be prescribed to treat the condition, but which you believe pose too much risk for your patient, and why.]

[USE IF REQUESTING EXPEDITED EXCEPTION]

In my professional opinion, [name of patient] must receive an expedited decision in order to obtain [name of medication at dosage] immediately. Failure to get this medication quickly will seriously jeopardize [name of patient's] life or health or ability to regain maximum function because [reasons].

Please contact me should you require any additional information. I can be reached at [number].

Sincerely,
[Doctor's signature]
[Doctor's full name]