

Acerca de su cobertura de medicamentos recetados

Unidad de Educación y Defensa del Consumidor

Guadalupe Gomez

guadalupe.gomez@maryland.gov



Acerca de su cobertura de medicamentos recetados

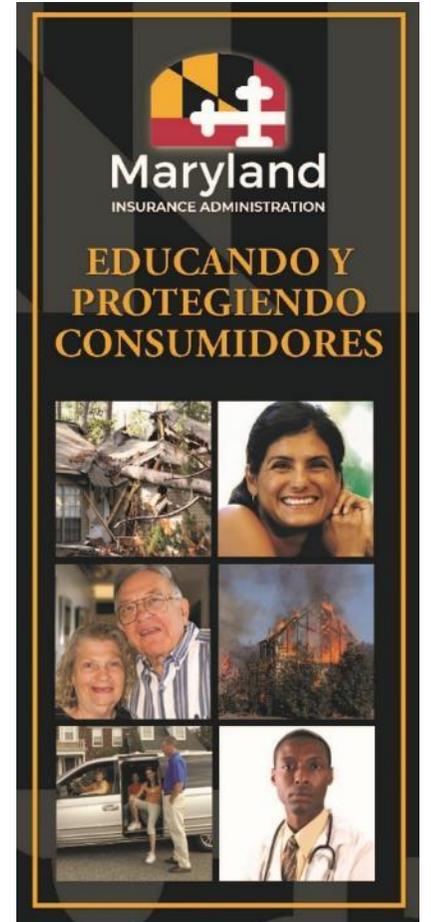
- Qué es la Administración de Seguros de Maryland
- Acerca de su cobertura de medicamentos recetados - Información básica
- Clasificaciones de medicamentos recetados
- Conversar con sus proveedores
- Autorización previa
- Cómo manejar los rechazos



Qué es la Administración de Seguros de Maryland

La Administración de Seguros de Maryland (MIA, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal que regula los seguros en Maryland. La MIA se encarga de lo siguiente:

- Autoriza a las aseguradoras y a los productores de seguros (agentes o corredores).
- Analiza las prácticas comerciales de los titulares para garantizar su cumplimiento.
- Controla la solvencia de las aseguradoras.
- Revisa y aprueba los formularios de las pólizas de seguros.
- Revisa las tarifas de los seguros para garantizar que no sean inadecuadas, excesivas o injustamente discriminatorias.
- Investiga los reclamos de los consumidores y de los proveedores, y las denuncias de fraude.



Acerca de su cobertura de medicamentos recetados

Muchos planes de salud ayudan a pagar el costo de los medicamentos recetados cubiertos. La cobertura puede variar de un plan a otro y es importante que comprenda la cobertura que tiene. Recibirá un Resumen de Cobertura de Beneficios para su plan y por lo general puede encontrar un enlace al formulario de su plan en la sección “Situaciones Médicas Comunes”.

Insurance Company 1: Plan Option 1 Coverage Period: 01/01/2013 – 12/31/2013
 Summary of Benefits and Coverage: What This Plan Covers & What It Costs Coverage for: Individual + Spouse | Plan Type: PPO

This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document at [www.\[insert\]](#) or by calling 1-800-[insert].

Important Questions	Answers	Why this Matters
What is the overall deductible?	\$500 person / \$1,000 family Doesn't apply to preventive care	You must pay all the costs up to the deductible amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the deductible starts over (monthly, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the deductible.
Are there other deductibles for specific services?	Yes. \$300 for prescription drug coverage. There are no other specific deductibles.	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
Is there an out-of-pocket limit on my expenses?	Yes. For participating providers \$2,500 person / \$5,000 family For non-participating providers \$4,000 person / \$8,000 family	The out-of-pocket limit is the most you (or your family) pay for your share of the cost of covered services.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billed charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward your out-of-pocket limit.
Is there an overall annual limit on what the plan pays?	No.	The chart starting on page 2 describes any limits on covered services.
Does this plan use a network of providers?	Yes. See www.[insert].com or call 1-800-[insert] for a list of participating providers.	If you use an in-network doctor or other health care provider for some services, you may pay different levels of cost.
Do I need a referral to see a specialist?	No. You don't need a referral to see a specialist.	You can see the specialist you choose with no referral.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed in the chart starting on page 2.

Important Questions	Answers
What is the overall deductible?	\$500 person / \$1,000 family Doesn't apply to preventive care
Are there other deductibles for specific services?	Yes. \$300 for prescription drug coverage. There are no other specific deductibles.
Is there an out-of-pocket limit on my expenses?	Yes. For participating providers \$2,500 person / \$5,000 family For non-participating providers \$4,000 person / \$8,000 family
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billed charges, and health care this plan doesn't cover.
Is there an overall annual limit on what the plan pays?	No.
Does this plan use a network of providers?	Yes. See www.[insert].com or call 1-800-[insert] for a list of participating providers.
Do I need a referral to see a specialist?	No. You don't need a referral to see a specialist.
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.

Acerca de su cobertura de medicamentos recetados

Conozca su Plan de Medicamentos Recetados

Consulte el sitio web de su plan de salud. La mayoría de las aseguradoras de salud tienen sitios web que puede utilizar para acceder a información actualizada acerca de su plan. Puede aprender lo siguiente:

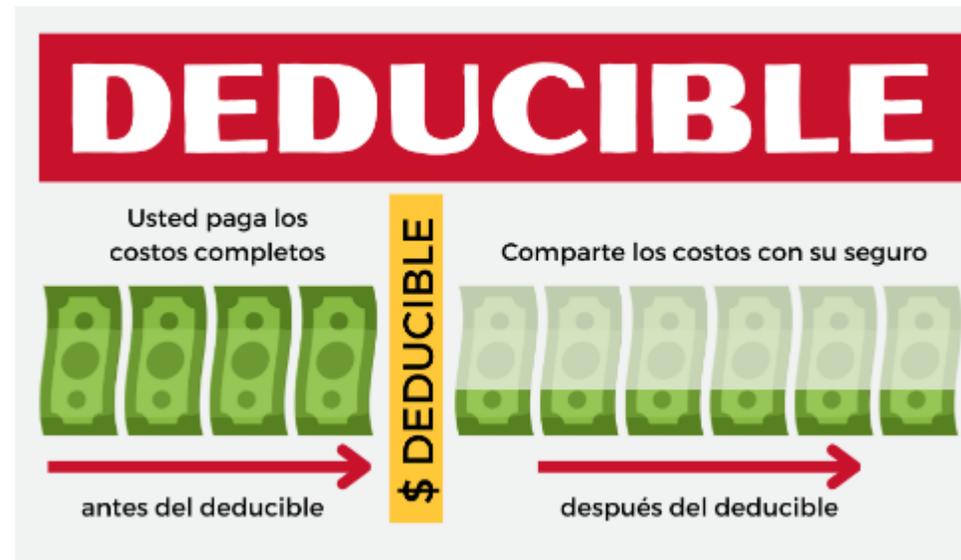
- lo que cubre su plan,
- qué médicos e instituciones (por ejemplo, hospitales y laboratorios) se encuentran en la red de su plan,
- qué medicamentos recetados cubre el plan,
- qué reclamos ha pagado el plan,
- y cuánto de su deducible debe cubrir.

Por lo general, se debe registrar o crear una cuenta para iniciar sesión a fines de obtener información específica sobre su plan de salud.

Acerca de su cobertura de medicamentos recetados - Términos

¿Qué es el deducible?

El deducible es el monto que paga antes de que su compañía de seguro comience a pagar su parte de los costos. Usted pagará el costo total de la mayoría de los servicios hasta que alcance su deducible. Puede que cuente con un deducible específico para los medicamentos recetados.



Acerca de su cobertura de medicamentos recetados - Términos

¿Qué es un **copago**?

Es una tarifa que paga directamente al proveedor cuando recibe un medicamento recetado (por ejemplo, \$40)

¿Qué es el **coseguro**?

Un porcentaje que quizás deba pagar por un medicamento recetado incluso después de alcanzar su deducible. Por ejemplo, si su coseguro es del 20%, la aseguradora paga el 80% del monto cubierto y usted paga el 20% hasta que alcance el desembolso personal máximo.



Acerca de su cobertura de medicamentos recetados - Términos

Farmacias dentro de la red

Son las farmacias que tienen un contrato con su proveedor de seguro médico. Si recibe medicamentos recetados por parte de un proveedor dentro de la red, por lo general, usted solo deberá pagar su deducible y el copago o coseguro que corresponda. Es posible que el proveedor no le cobre el saldo.

Farmacias fuera de la red

Son las farmacias que no tienen un contrato con su proveedor de seguro médico. Si recibe los medicamentos recetados de un proveedor fuera de la red, la aseguradora no tiene la obligación de pagar ninguna parte de los cargos o es posible que sus copagos o coseguros sean más elevados que si los servicios hubiesen sido prestados por un proveedor dentro de la red.

Acerca de su cobertura de medicamentos recetados - Tarjeta de seguro

Insurer Name

FRONT

Plan Type: Titanium PPO Plan
Effective Date: 01/01/2020

Member Name: Jane Doe
Member Number: XXX-XX-XXX
Group Number: XXXXX-XX

PCP Co-Pay \$15.00
Specialist Co-Pay \$25.00 Emergency
Room Co-Pay \$75.00

Prescription Group # XXXX
Prescription Co-Pay
\$15.00 Generic
\$20.00 Name Brand

Member Service: 800-XXX-XXXX

www.myplan.com

BACK

Member Service: 800-XXX-XXXX
Nurse Advice Line 24/7: 866-XXX-XXXX
Telehealth Services: 888-XXX-XXXX

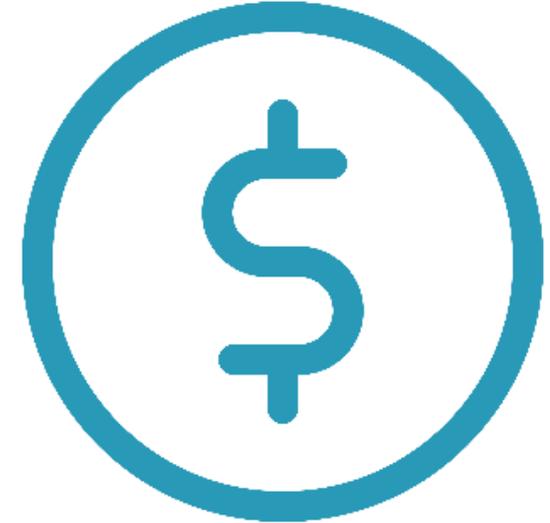
Send claims to:

MyPlan, Inc
P.O. Box XXXX
City, State XXXXX

Clasificaciones de medicamentos recetados

Las aseguradoras utilizan un “formulario” que determina cuánto deberá pagar usted del costo.

Por lo general, el formulario tiene diferentes clasificaciones. Los medicamentos recetados enumerados en una clasificación pueden costar más que lo que están en otra clasificación. Es importante tener en cuenta que la aseguradora suele realizar cambios anualmente a los formularios.



Clasificaciones de medicamentos recetados

Ejemplo de clasificación

\$ Clasificación 1—Medicamentos genéricos estos son medicamentos de más bajo costo.

\$\$ Clasificación 2—Medicamentos de marca preferidos. Estos medicamentos cuestan más porque son únicos y solo un laboratorio farmacéutico los hace.

\$\$\$ Clasificación 3—Medicamentos de marca no preferidos También son medicamentos de marca. Pero puede que cuesten más que otros medicamentos de marca que tratan la misma enfermedad.

\$\$\$\$ Clasificación 4—Algunos planes utilizan esta clasificación para los **medicamentos de especialidad**. Otros planes tienen una clasificación “de especialidad” aparte. Estos son medicamentos de alto costo que tratan enfermedades raras o complejas.

Clasificaciones de medicamentos recetados

- Visite el sitio web de su aseguradora para encontrar el formulario de su plan de salud en línea.
- Consulte su póliza o certificado de seguro para aprender más acerca de su formulario.
- Si necesita ayuda, llame directamente a su aseguradora para averiguar qué cubre su plan.



Conversar con sus proveedores

- Es buena idea que converse con sus proveedores acerca de los mejores medicamentos asequibles para usted, con base en su plan.
- Si la farmacia dice que su plan no cubre un medicamento recetado que ha estado tomando, algunas aseguradoras pueden dejarle que rellene la receta una vez. Eso le dará tiempo a usted para que converse con su proveedor acerca de otras opciones.



Conversar con sus proveedores

También le puede pedir a su proveedor que realice una excepción en su plan de salud. Con una excepción, usted puede obtener un medicamento recetado que su plan normalmente no cubre. Su aseguradora de salud puede estar de acuerdo por los siguientes motivos comunes:

- Todos los otros medicamentos que cubre el plan no funcionaron o no funcionarán tampoco,
- Todos los otros medicamentos que cubre el plan han causado o podrían causar efectos secundarios dañinos.



Autorizaciones previas

Los planes de salud pueden requerir una autorización previa para algunos medicamentos recetados. La autorización previa consiste en obtener la aprobación primero de su plan de salud para un tratamiento o servicio especial, medicamento recetado o equipamiento médico. Un plan de salud otorga su autorización previa cuando un servicio o medicamento es médicamente necesario. Sin la autorización, es posible que su plan de salud no cubra nada del gasto. Puede preguntarle a su proveedor si necesita autorización previa. Algunos le pedirán al plan de salud una autorización previa.



Cómo manejar los rechazos

Su plan de seguro debe indicarle cómo apelar sus decisiones. Si tomarse el tiempo para apelar pone en riesgo su vida o capacidad de funcionar completamente, puede presentar una apelación “acelerada” para obtener una decisión más rápida.



Cómo manejar los rechazos

Su aseguradora puede negarle por completo o de manera parcial una solicitud de autorización previa o un reclamo de cobertura si los medicamentos o servicios no están cubiertos por su plan de salud o si cree que los servicios no son médicamente necesarios. Si cree que su solicitud de autorización previa o reclamo ha sido denegado de forma incorrecta, puede presentar una apelación a su aseguradora. Las instrucciones para presentar una apelación se encontrarán en su póliza y también pueden estar en la carta de Explicación de Beneficios o en el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan de salud.



Cómo manejar los rechazos

La Unidad de Educación y Defensa de la Salud (HEAU, por sus siglas en inglés) de la División de Protección al Consumidor en la Oficina del fiscal general puede ayudarle a presentar una apelación.

Correo electrónico: heau@oag.state.md.us

Llamada: 410-528-1840 o línea gratis 1-877-261-8807 de lunes a viernes, de 9 a.m. – 4:30 p.m.

También puede presentar su reclamo en línea o por correo.

Sitio web: <http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>.



Cómo manejar los rechazos

Si su plan de seguro se rige por las leyes de Maryland, también es posible que pueda presentar un reclamo ante la Administración de Seguros de Maryland (MIA).

Llamada: 410-468-2340 o la línea gratuita 1-800-492-6116.

Por lo general, usted debe apelar la decisión a través del proceso de apelación de su plan de seguro antes de presentar un reclamo con la MIA. Sin embargo, en algunas situaciones, también puede presentar un reclamo ante la MIA incluso si no ha completado el proceso de apelaciones de su plan de salud.

Si su plan de salud no se rige por las leyes de Maryland, aún así puede tener derecho a una revisión externa de la decisión de su plan de salud. Debe leer su póliza para encontrar las instrucciones acerca de cómo presentarla, o comuníquese con la HEAU en busca de ayuda.



Cómo puede ayudar la MIA

Puede presentar un reclamo directamente con la MIA antes de recibir la apelación de su aseguradora o la decisión de reclamo si se da alguno de los siguientes casos:

- La aseguradora no aplica el requisito de que primero tenga que apelar.
- La aseguradora no sigue ninguna parte de su proceso interno de apelaciones (por ejemplo, si la aseguradora no se comunica con usted en el tiempo que debería responder).
- Existe un motivo convincente, como demostrar un retraso que podría resultar en la muerte, trastorno grave de una función corporal, disfunción grave de un órgano, que podría provocar que usted sea una amenaza a sí mismo/a u otros/as o podría causar que continúe teniendo síntomas graves de abstinencia.

Planes de descuentos médicos y planes de descuentos de medicamentos

Estos planes NO representan un seguro de salud y no pagan ninguno de sus costos de cuidado de la salud. En cambio, los planes de descuentos ofrecen ahorros para los miembros de los planes en varios bienes y servicios de cuidado de la salud. Según el plan, esto puede incluir descuentos en lo siguiente:

- Medicamentos recetados
- Visitas médicas
- Anteojos
- Cuidado de la vista
- Servicios odontológicos
- Pruebas de laboratorio



Los descuentos se ponen a disponibilidad a través de acuerdos entre los proveedores de cuidado de la salud y la organización que ofrece el plan de descuento. Para obtener más información, visite:

<https://insurance.maryland.gov/Pages/newscenter/NewsDetails.aspx?NR=20133>

Medicamentos recetados y diabetes

Si está teniendo dificultad para pagar la insulina y los medicamentos contra la diabetes, la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) puede ser de ayuda.

www.insulinhelp.org

Deberá tener al alcance la información de las dosis, junto con los costos, la información de contacto básica y de residencia, entre otros datos. Consulte la página web o llame al 1-800-diabetes para obtener más información.



Información de contacto



Administración de Seguros de Maryland

Vida y Salud/Apelaciones y reclamos

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

410-468-2000 o 1-800-492-6116

www.insurance.maryland.gov



Oficina del fiscal general

Unidad de Educación y Defensa de la Salud

200 St. Paul Place 16th Floor

Baltimore, MD 21202

410-528-1840 o 877-261-8807

www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau



Información de contacto



Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales

Oficina de Administración del Personal

1900 E. Street, NW, Rm 3443

Washington, DC 20415

202-606-1800 o 800-877-8339

www.opm.gov



Departamento de Trabajo de Estados Unidos Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados

200 Constitution Ave., NW

Washington, DC 20210

866-444-3272

www.dol.gov/ebsa



Preguntas

