

Explorar niveles de medicamentos y excepciones de fórmulas



Niveles de medicamentos y formularios de

La mayoría de los planes de salud tienen una lista de los medicamentos cubiertos, llamada formulario, que los elige un comité integrado por médicos y farmacéuticos. Este comité revisa los medicamentos basados en cosas como qué tan eficaces y seguros son los medicamentos. Los planes de salud tienen la opción de cambiar el formulario en cualquier momento, incluso cuando ya ha empezado un plan anual.

Los medicamentos del formulario incluyen el nombre de marca y los medicamentos genéricos, que se separan en grupos y que se relacionan con la cantidad que usted debe pagar por cada uno de ellos.

El seguro se refiere a estos grupos como Niveles, mismos que ayudan a identificar los medicamentos relacionados con el costo de los pacientes. Los niveles altos son más caros que los inferiores.

Fundamentos de los niveles de medicamentos

Los niveles de medicamentos son la manera en que los planes de salud les comunican a los pacientes cuánto pueden esperar que les cueste una receta. El nivel o categoría de un medicamento corresponde con las cantidades de costos compartidos de un plan y determina cuánto tendrá que pagar en la farmacia.

La parte que puede ser confusa es que los niveles de medicamentos no están estandarizados entre todas las compañías aseguradoras e incluso los planes que ofrece una misma compañía aseguradora no son los mismos. El número de niveles varía dependiendo del plan, habiendo normalmente de 3 a 6 niveles en total. Cada plan también decide el nombre que quieren dar a sus niveles y eso hace difícil comparar un plan con otro. Los planes y aseguradores tratan los medicamentos de manera diferente y es muy común encontrar los mismos medicamentos en diferentes niveles o diferentes versiones de la misma medicina en diferentes niveles.

Este es un ejemplo de una estructura común de un formulario de 4 niveles.

1

El Nivel 1 tiene los medicamentos de receta más económicos disponibles y normalmente se limita a medicamentos genéricos bien conocidos. Los medicamentos genéricos deben ser tan seguros como los medicamentos de marca. La única diferencia entre los dos es el nombre y al ahorro de costos. Algunos planes también pueden incluir en su Nivel 1 algunos medicamentos de marca más económicos.

2

Este nivel lo ocupan medicamentos genéricos más costosos, incluyendo inyecciones y medicamentos de marca preferidos. Si usted debe tomar un medicamento de marca, intente resolverlo junto con su médico para elegir uno del Nivel 2, porque estos son los más accesibles.

3

En este nivel normalmente se encuentran los medicamentos no preferidos y los más costosos. Más a menudo estos medicamentos significan un desembolso para el paciente, esto incluye las cantidades de coaseguro. El coaseguro significa que usted paga un porcentaje del costo total negociado, mismo que varía de una medicina a otra y de una farmacia a otra.

4

En este ejemplo este es el nivel más costoso, donde usualmente están los medicamentos de especialidad y los medicamentos recién aprobados. La mayoría de los planes requerirán que usted pague un porcentaje mayor como parte del coaseguro. Sin embargo, esta cantidad se descontará de su deducible para farmacias y su desembolso máximo.

X

Cualquier cosa que no esté en el formulario, se considera “fuera del formulario” y no-cubierta en absoluto por su seguro. Usted debe esperar pagar 100% de los costos de estos medicamentos. Los medicamentos no cubiertos no cuentan contra su deducible ni contra su desembolso máximo.

¿Cómo solicito una excepción de un nivel?

Lo primero es lo primero: involucre a su médico participe. Si el medicamento requiere autorización previa, el consultorio de su médico tratante o su farmacia deberán presentar la autorización antes que se pueda solicitar la excepción del nivel.

Una vez que tengan la autorización previa y antes de que usted llene la receta en la farmacia, hable con su médico acerca de presentar una solicitud de excepción de nivel y confirme que no haya otro medicamento de su formulario que tenga sentido para su situación de salud.

Usted deberá trabajar junto con su médico

Cuando se trata de su salud, su médico es su aliado.

Muchos planes exigen que su médico presente una excepción de formulario de su parte. El médico necesitará enviar el trámite, o presentar los formularios en línea, e indicar la razón por la cual usted no puede tomar los medicamentos preferidos y debe recibir la aprobación para un medicamento que no esté actualmente en el formulario.

La documentación debería describir la manera en que el(los) medicamento(s) preferido(s) de los niveles inferiores es lo mejor para usted. Incluya las razones específicas, como el hecho de que no sería tan eficaz como el medicamento solicitado para tratar su condición, o que usted podría tener una mala reacción al medicamento preferido, o las dos cosas.

Una vez presentado, su médico deberá recibir la decisión de su plan en un par de días después de la solicitud. Si su medicamento es aprobado, quedará cubierto bajo el costo compartido que aplique en el nivel inferior.

Si su médico siente que si usted no tiene el medicamento podría resultar gravemente dañado, puede llenar una solicitud acelerada “urgente”, y su plan deberá tomar una decisión antes de 24 horas.



Escenarios donde las excepciones al formulario son comunes

- Usted tiene una alergia o tuvo una mala reacción a medicamentos del formulario
- Usted ya probó medicamentos del formulario y no funcionaron para su condición
- Su médico ha decidido que las opciones de medicamentos disponibles en el formulario no son adecuadas para usted, e insiste en que el medicamento que él(ella) recetó es necesario por razones médicas
- Su médico ha decidido que las opciones de medicamentos disponibles en el formulario no son adecuadas para usted, e insiste en que el medicamento que él(ella) recetó es necesario por razones médicas
- El medicamento sí está en el formulario, pero tiene limitaciones como un límite de cantidad o un límite de dosis, que su médico cree que no debe aplicarse a usted

Si su plan le niega su excepción al formulario, usted podría tener derecho a apelar esa decisión y solicitar una reconsideración. Le enviarán una carta de parte de su asegurador con la decisión definitiva. llame a su plan de salud con respecto a la negación y averigüe si tiene derechos de apelación y de ser así, cuáles son los tiempos y requisitos para la solicitud.

Una nota sobre los medicamentos nuevos

Lo más probable es que los medicamentos que acaban de salir a la venta no se agreguen al formulario de su plan inmediatamente después de ser aprobados por la Agencia de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés). Los planes normalmente revisan los medicamentos nuevos y sí hacen ajustes al formulario a lo largo del año del plan, pero puede pasar algo de tiempo antes de que un medicamento sea considerado.

Si su médico siente que un medicamento totalmente nuevo es el mejor tratamiento, es probable que usted tenga que presentar una solicitud para su autorización previa y luego también presentar una excepción al formulario, para que usted tenga acceso al medicamento.