



Presbyterian Health Plan

Guía de servicios de farmacia

¡Saludos del personal de servicios de farmacia de Presbyterian!

Nuestro personal trabaja dentro del plan de seguro médico para manejar los beneficios de medicamentos recetados para los asegurados con cobertura de medicamentos recetados de Presbyterian.

Índice

Para entender los beneficios de farmacia	2
¿Cómo funciona la lista de medicamentos cubiertos [formulary]?	3
Solicitudes de autorización previa y cobertura	4
Revisión clínica de las solicitudes de cobertura.	5
Herramientas y recursos de farmacia.	6

Ayuda con los beneficios de farmacia

Obtener respuestas para preguntas referentes a los beneficios de farmacia es más fácil que nunca.

Llame al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de asegurado, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.



Para entender los beneficios de farmacia

El **beneficio de farmacia** es la parte del seguro médico que ayuda a pagar el costo de ciertos medicamentos recetados. Los términos de cobertura de estos medicamentos los determina un comité de médicos, farmacéuticos y profesionales de atención médica que utilizan los conocimientos clínicos, los reglamentos gubernamentales y las directrices de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para recomendar los productos más beneficiosos en función de su eficacia, seguridad y valor total. El plan de seguro médico del asegurado maneja la lista de estos medicamentos y se conoce como la lista de medicamentos cubiertos **[formulary]**. Los medicamentos que no están en esa lista se clasifican como **no incluidos en la lista**.

Aunque su plan de seguro médico considera preferenciales los medicamentos de una lista de medicamentos cubiertos sobre otros medicamentos similares del mercado, *aún pueden aplicarse términos y restricciones adicionales*.

El plan de seguro médico utiliza las restricciones de seguridad, los requisitos de los criterios de autorización previa y los programas de terapia escalonada para garantizar que los medicamentos se utilicen de forma eficaz y segura, tal y como lo han previsto los profesionales que manejan la lista de medicamentos. Las listas de medicamentos cubiertos se revisan periódicamente a lo largo del año para garantizar que nuestros asegurados reciben una atención médica de la máxima calidad al menor costo posible.



¿Cómo funciona la lista de medicamentos cubiertos?

Lista de medicamentos cubiertos [formulary]:

Es la lista de productos farmacéuticos que cubre un plan de seguro médico basándose en las recomendaciones de un comité de proveedores de atención médica. Esta lista se actualiza en función de diversos factores como las directrices de prácticas basadas en la evidencia, los reglamentos estatales y federales y los cambios en el costo. **Los medicamentos de la lista de medicamentos preferenciales aún pueden tener requisitos y restricciones adicionales.**

Ejemplo:

terbinafina hcl pastilla oral 250 mg	Nivel 1	Se aplica el límite de cantidad (90 por 365 días)
---	---------	--

Niveles:

Algunos planes agrupan la cobertura de medicamentos en niveles que van desde los medicamentos genéricos preferenciales hasta los medicamentos especializados.

Los distintos niveles pueden seguir reglas de copago y coseguro diferentes.

T1 Tier 1	Nivel 1 Genéricos preferenciales	T3 Tier 3	Nivel 3 Medicamento no preferencial
---------------------	-------------------------------------	---------------------	--



Autorización previa:

Proceso de evaluación clínica para determinar que el servicio es:

- medicamento necesario
- un beneficio cubierto
- prestado en el entorno adecuado

La documentación presentada debe confirmar que se cumplen todos los requisitos clínicos antes de que su médico pueda proporcionarle el servicio o el medicamento.



Terapia escalonada:

Promueve el uso de medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos igualmente eficaces pero de menor costo en primer lugar.

Los medicamentos "prerrequisito" deben utilizarse antes del medicamento de la terapia escalonada.

Puede exigirse documentación si se han probado los pasos indicados y han fracasado o no se pueden tolerar.



Límites adicionales:

Ciertos medicamentos de su lista de medicamentos cubiertos pueden tener restricciones, tales como:

- Límites de cantidad
- Límites de edad
- Requisitos de los centros de surtido

Solicitudes de autorización previa y cobertura

¿Cuándo se necesita una solicitud de cobertura?

Tiene que presentar una solicitud de cobertura al plan de seguro médico cuando le receten un producto que requiera una autorización previa (PA por sus siglas en inglés) o si necesita que se haga una excepción a su lista de medicamentos cubiertos o a sus normas de cobertura. Los criterios para los medicamentos que requieren una PA están a disposición del público. Los proveedores de atención médica que soliciten excepciones para sus pacientes deben presentar documentación que indique que el producto es medicamento necesario sobre otros productos preferenciales que se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos. Esto puede incluir notas clínicas que demuestren el agotamiento de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o la incapacidad de tomar estas alternativas.

¿Cómo se inicia el proceso de solicitud de cobertura?

El médico recetador y su personal identifican la necesidad de presentar una solicitud de cobertura, que viene determinada por el estado del producto en la lista de medicamentos cubiertos. Esto suele ocurrir durante el proceso de recetarlos. Normalmente se utiliza la receta médica electrónica para agilizar este proceso para los asegurados y los proveedores. El formulario de solicitud de PA y los historiales clínicos pertinentes se envían a la división de servicios de farmacia.

Plazos de finalización de revisión y determinación

Una vez que el personal de servicios de farmacia recibe una solicitud, un especialista en revisión de farmacia clínica determinará si se solicita una revisión corriente o urgente. Presbyterian tiene que seguir unas directrices estrictas que establecen cuánto tiempo podemos tardar en aprobar o denegar cualquier solicitud. Algunas solicitudes reúnen los requisitos para una prórroga. Si cree que está experimentando retrasos excesivos, favor de llamar al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de asegurado u obtenga acceso al portal del asegurado en myPRES para consultar el estado de su solicitud.

Una vez que se proporcione toda la información necesaria con la solicitud de PA de medicamentos, las **solicitudes corrientes** se procesan tan rápidamente como lo requiera la salud del asegurado. En la mayoría de los casos, **72 horas** es un tiempo de respuesta adecuado y permite que el personal de la división de servicios de farmacia se ponga en contacto con el asegurado para solicitar la documentación que falta.

Cuando un asegurado o su proveedor consideren que esperar una decisión en el plazo corriente puede poner en peligro la vida, la salud o la capacidad del asegurado para recuperar el máximo de sus funciones, se puede realizar una **solicitud urgente/acelerada**. Estas solicitudes se tramitan en las **24 horas** siguientes a su recepción.

Línea de negocio	Solicitud corriente	Solicitud urgente/acelerada
Medicaid	24 horas	24 horas
Comercial/Intercambio	72 horas	24 horas
Medicare	72 horas	24 horas

Revisión clínica de las solicitudes de cobertura

¿Qué sucede durante una revisión?

Para determinar la necesidad médica, un farmacéutico colegiado realiza una revisión clínica. El farmacéutico confirma que el asegurado cumple los criterios de PA o que debe hacerse una excepción a la lista de medicamentos cubiertos o a sus normas de cobertura. Cuando es necesario, un director médico realiza una revisión secundaria. En raras ocasiones, usted puede optar a una prórroga.

Se aprueba la solicitud

Se ingresa una autorización en el sistema y se envían los detalles de la autorización a la entidad solicitante, al asegurado afectado y a la farmacia dispensadora (si está disponible). Para garantizar que los asegurados sigan recibiendo una atención adecuada y eficaz, favor de tener en cuenta lo siguiente:

- Las autorizaciones suelen caducar y será necesario renovarlas.
- Las fechas de inicio y finalización se indican en los avisos de aprobación
- El personal de la división de servicios de farmacia envía recordatorios a los asegurados cuando están a punto de caducar las aprobaciones de medicamentos utilizados regularmente para tratar enfermedades crónicas o en curso
- Los asegurados también pueden consultar el estado de sus solicitudes de autorización previa en el portal del asegurado

La solicitud se deniega

Se denegar puede la solicitud por varias razones incluso por los criterios o la falta de documentación.

Se envía un aviso de denegación en un plazo de tres días laborales a la entidad solicitante, al asegurado afectado y a la farmacia dispensadora (si está disponible). Se indican los motivos de la denegación y las alternativas disponibles. El aviso incluye información sobre los derechos de apelación del asegurado.

Si el proveedor no está de acuerdo con la denegación, puede presentar documentación sobre cada una de las razones de la denegación para su revisión. El proveedor también puede llamar para solicitar una revisión verbal con un farmacéutico o director médico en un plazo de diez (10) días, a partir de la fecha de la denegación. Si se sigue manteniendo la denegación, se enviarán directamente al asegurado los pasos adicionales. Tanto el asegurado como el proveedor pueden ponerse en contacto con el plan de seguro médico para iniciar una apelación.

Herramientas y recursos de farmacia

Recursos de farmacia en el sitio web de Presbyterian

Las listas de medicamentos cubiertos y las normas de cobertura de medicamentos de Presbyterian se publican en [phs.org](https://www.phs.org).

En la página sobre la cobertura de medicamentos recetados, los asegurados pueden obtener acceso a sus listas de medicamentos cubiertos imprimibles y en línea, buscar farmacias cercanas e informarse sobre la entrega a domicilio.

Visite <https://www.phs.org/tools-resources/member/pharmacy> para obtener más información.

Portal del asegurado de myPRES

Como asegurado de Presbyterian, ¡también tiene acceso a herramientas personalizadas que le ayudarán a adaptar su plan de atención médica para cumplir sus necesidades!

myPRES permite que los pacientes, asegurados y proveedores de atención médica obtengan acceso a información y herramientas elaboradas específicamente para ellos.

Iniciar sesión en myPRES

¡Puede ver el estado de su autorización previa en tiempo real, obtener acceso a su historial de demandas de seguro y buscar los mejores precios de medicamentos desde la comodidad de su hogar utilizando My Rx! My Rx está disponible con la aplicación myPRES.

Presbyterian cumple con las leyes de derechos civiles y no discrimina por razón de estatus protegido, incluyendo pero no limitado a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se dispone gratuitamente de ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

SHOOH: Diné bee yániit'i'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'it'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahit hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'j' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohji' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodílnih doodago nika'análwo'í bich'j' hanidzih.

Para más información, visite <https://www.phs.org/nondiscrimination>.