Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio. Son los medicamentos que su proveedor solicita por usted y que consigue a través de una farmacia [if applicable: o por pedido por correo]. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid. [Plan with no cost sharing, delete the next sentence.] En el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] se indica cuánto pagará usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual* del miembro.

<Plan name> también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se mencionen en este capítulo:

* Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería.
* Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

**Reglas del plan para la cobertura de medicamentos de pacientes ambulatorios**

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando, usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor deben hacerle la receta, que debe ser válida conforme a las leyes estatales aplicables. Muchas veces esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). [Plan may modify or delete the next sentence as appropriate.] También puede ser otro proveedor, si su proveedor de cuidado primario lo refirió a ese proveedor para recibir cuidados.
2. El profesional autorizado que le prescriba la medicación no debe constar en las Listas de Exclusión o de No Admitidos de Medicare.
3. Generalmente, para surtir su receta, usted deberá usar una farmacia de la red. [Insert if applicable: O, puede reabastecer su medicamento de receta a través del servicio por correo de su plan.]
4. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan, a la que llamamos “*Lista de medicamentos*”, para abreviar. (Consulte la sección B de este capítulo).

* Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.
* Consulte la sección <section letter/number> [plan may insert reference, as applicable] para saber cómo pedir una excepción.

1. Su medicamento debe ser usado para una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinados textos médicos. [Plan should add definition of “medically accepted indication” as appropriate for Medicaid-covered drugs and items.]
2. Su medicamento puede requerir autorización previa para la cobertura. Consulte la Sección C.

[Plan should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[Plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Tabla de contenidos

[A. Surtido de recetas 4](#_Toc170142998)

[A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red 4](#_Toc170142999)

[A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta 4](#_Toc170143000)

[A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red 4](#_Toc170143001)

[A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 5](#_Toc170143002)

[A5. Uso de una farmacia especializada 5](#_Toc170143003)

[A6. Uso de servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 6](#_Toc170143004)

[A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos 9](#_Toc170143005)

[A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan 9](#_Toc170143006)

[A9. Devolución de lo que pagó por un medicamento 10](#_Toc170143007)

[B. *Lista de medicamentos* del plan 10](#_Toc170143008)

[B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos* 10](#_Toc170143009)

[B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos* 11](#_Toc170143010)

[B3. Medicamentos que no están en la *Lista de medicamentos* 12](#_Toc170143011)

[B4. Los niveles [Plan that does not have cost sharing in any tier omit: de costo compartido] de la *Lista de medicamentos* 13](#_Toc170143012)

[C. Límites en algunos medicamentos 13](#_Toc170143013)

[D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto 15](#_Toc170143014)

[D1. Obtención de un suministro temporal 15](#_Toc170143015)

[E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 18](#_Toc170143016)

[F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 21](#_Toc170143017)

[F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan 21](#_Toc170143018)

[F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo 22](#_Toc170143019)

[F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare 22](#_Toc170143020)

[G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 22](#_Toc170143021)

[G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura 22](#_Toc170143022)

[G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 23](#_Toc170143023)

[G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides 24](#_Toc170143024)

[G4. Programas de ayuda para el desecho de medicamentos de receta y sustancias controladas 25](#_Toc170143025)

# Surtido de recetas

## A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas **solo** si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Usted puede utilizar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan [plan with cost sharing, insert: nuestra parte del costo de] su medicamento de receta cubierto. [Plan with no cost sharing, delete the next sentence:] Es posible que deba pagarle un copago a la farmacia cuando retire su medicamento.

Si usted no tiene la tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o puede solicitar que la farmacia misma busque información de su suscripción al plan.

**Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando vaya a buscarlo.** Puede pedirnos que le devolvamos lo que usted haya pagado [insert if the plan has cost sharing: correspondiente a nuestra parte]. Si usted no puede pagar por el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios al miembro. Haremos lo posible para ayudarlo.

* Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].
* Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red

[If plan members do not need to take any action to change their pharmacies, delete the following sentence.] Si cambia de farmacia y necesita un nuevo surtido de una receta, puede [insert as applicable: solicitar que un proveedor le emita una nueva receta o] solicitarle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún hay surtidos restantes.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que usted usa deja la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se encuentran:

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. [Plan may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]
* Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad.
  + Generalmente, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de algún centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
  + Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios al miembro. [Plan may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]
* Farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos. Excepto en una emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias. [Plan may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]
* Farmacias que dispensan medicamentos de venta restringida a determinados lugares por la FDA o que requieren un modo de administración especial, la coordinación de un proveedor o formación acerca de su uso. (Nota: Esta situación no debería ser habitual.)

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o con su administrador de cuidados].

## A6. Uso de servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

[If the plan does not offer mail-order services, replace the information in this section with the following sentence: Este plan no ofrece servicios de pedidos por correo.]

[Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed: Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. [Insert if plan marks mail-order drugs in formulary: Los medicamentos disponibles por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están indicados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.] [Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary: Los medicamentos que no están disponibles por medio del servicio de pedidos por correo del plan están indicados con [plan should indicate how these drugs are marked] en nuestra Lista de medicamentos.]]

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan [insert as appropriate: permite **or** exige] que usted pida [insert as appropriate: un suministro de por lo menos <number of days> días del medicamento y un suministro por no más de <number of days> días **or** un suministro de hasta <number of days> días **or** un suministro de <number of days> días]. Un suministro para <number of days> días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

**Surtido de recetas por correo**

Para obtener [insert if applicable: formularios de pedido e] información sobre cómo surtir sus recetas por correo, [insert instructions].

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en <number of days> días. [Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail-order is delayed.]

**Procesos de pedidos por correo**

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que usted le proporcione, para las recetas nuevas que reciba directamente por parte del consultorio de su proveedor y para resurtidos de sus recetas por correo:

**1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que usted le proporcione.

[Plan should include the appropriate information below from the following options, based on (1) whether the plan will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013 CMS memorandum entitled “Clarification to the 2014 Policy on Automatic Delivery of Prescriptions,” and 2016 Final Call Letter and (2) whether the plan offers an optional automatic refill program consistent with the policy described in the 2020 Final Call Letter. Plan sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word “ship” with “deliver” as appropriate.]

[For **new prescriptions** received directly from health care providers, insert one of the following two options.]

[Plan sponsors that **do not** automatically processnew prescriptions from provider offices, insert the following:]

**2. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de salud, se comunicará con usted para averiguar si usted quiere que surtan la receta inmediatamente o más tarde.

* Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que [plan with cost sharing for drugs, insert: le facturen y] lo envíen.
* Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

[Plan sponsors that **do** automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:]

**2. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba por parte de los proveedores de cuidado de salud sin comunicarse primero con usted, si:

* Usted usó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, **o**
* Usted se inscribió en la entrega automática de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los proveedores de cuidado de salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento [insert instructions].

[Plan with no cost sharing for drugs, delete the following sentence:] Si recibe automáticamente por correo una receta que usted no quiere y no se comunicaron con usted para averiguar si quería el envío, usted puede tener derecho a un reembolso.

Si usted usó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia resurta y entregue automáticamente la receta, comuníquese con nosotros [insert instructions].

Si usted nunca usó nuestra entrega de pedidos por correo y decide detener los resurtidos automáticos de las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado de salud para averiguar si quiere que surtan y envíen el medicamento inmediatamente.

* Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que [plan with cost sharing for drugs, insert: le facturen y] lo envíen.
* Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

Para rechazar la opción de recibir entregas automáticas de recetas nuevas que usted recibió directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de salud, comuníquese con nosotros [insert instructions].

[For **refill prescriptions**, insert one of the following two options.]

[If the plan does not offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

**3. Resurtido de recetas de pedido por correo**

Para resurtir sus recetas, comuníquese con su farmacia [*insert recommended number of days*] días antes de que se le terminen los medicamentos para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo*.*

[If the plan does offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

**3. Resurtido de recetas de pedido por correo**

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos [optional: llamado <name of auto refill program>]. Con este programa, comenzaremos automáticamente a procesar su siguiente resurtido cuando nuestros expedientes nos indiquen que su medicamento está a punto de agotarse.

* La farmacia se comunicará con usted antes de cada resurtido, para asegurarse de que necesita más medicamentos y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si ha cambiado su medicamento.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia [*insert recommended number of days*]días antes de que se le terminen los medicamentos para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo. Para rechazar la opción de nuestro programa [optional: insert name of auto refill program instead of “our program”]que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros [insert instructions].

[If the plan offers mail order services, insert the following:]

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisarle a la farmacia cuál es la mejor forma de comunicarse con usted. [Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]

## A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos

[Plan that does not offer extended-day supplies, replace the information in this section with the following sentence: Este plan no ofrece suministros de medicamentos a largo plazo.]

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular para una enfermedad crónica o a largo plazo. [Insert if applicable: Posiblemente su copago sea más bajo cuando usted recibe un suministro a largo plazo de medicamentos.]

[Delete if plan does not offer extended-day supplies through network pharmacies.] Algunas farmacias de la red permiten obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para <number of days> días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al miembro para obtener más información.

[Delete if plan does not offer mail-order service.] [Insert as applicable: Para ciertos tipos de medicamentos, usted **or** Usted] podrá usar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior [plan may insert reference, as applicable] para saber más sobre los servicios de pedidos por correo.

## A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no pueda usar una farmacia de la red. [Insert as applicable: Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.]

En estos casos, primero consulte con los Servicios al miembro para saber si hay una farmacia de la red cerca de su domicilio.[*Insert if applicable:* Es posible que usted deba cubrir la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos si lo compra en una farmacia de la red.]

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

[Plan should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network (e.g., during a declared disaster) and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail-order during extended out-of-area travel, authorization or plan notification).]

## A9. Devolución de lo que pagó por un medicamento

[Plan may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.] Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total [plan with cost sharing, insert: en vez de un copago]cuando vaya a buscar sus medicamentos. Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó [plan with cost sharing, insert: por nuestra parte del costo].

Para saber más sobre esto, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

# *Lista de medicamentos* del plan

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos*, a la que llamamos “*Lista de medicamentos*”, para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos para la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Nosotros generalmente cubrimos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* del plan, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

[*Plan that offers indication-based formulary design must include:* Si cubrimos un medicamento únicamente para unas afecciones médicas determinadas, lo indicaremos claramente en la *Lista de medicamentos* y en el Buscador de planes de Medicare junto con dichas afecciones médicas.]

## B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos*

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica y artículos cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

[*Insert* if offering indication-based formulary design: Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos para determinadas afecciones pero que no estén consideradas en el formulario para otras. Estos medicamentos estarán detallados en nuesta Lista de medicamentos y en el Buscador de plan de Medicare Plan, junto con la condición médica específica que cubren.]

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento de receta que se vende con un nombre de marca propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos. En la *Lista de medicamentos*, cuando hablamos de “medicamentos” podemos estar haciendo referencia a un medicamento o a un producto biológico como, por ejemplo, una vacuna o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares son igual de efectivos que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen tener un coste menor. Existen medicamentos genéricos para poder sustituir muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes de cada estado, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia, sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta sin receta médica y productos de venta sin receta médica. Algunos medicamentos de venta sin receta médica cuestan menos que los medicamentos de receta y funcionan igual. Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

## B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*

Para saber si el medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, usted puede:

* Revisar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
* Ir al sitio web del plan en <URL>. La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actual.
* Llamar a Servicios al miembro para verificar si un medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan o para pedir una copia de la lista.
* Usar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” disponible en <URL> o llamando a [*insert if applicable:* su coordinador de asistencia o a]Servicios al miembro. Con esta herramienta puede buscar los medicamentos en la Lista de medicamentos [*insert if applicable:* para obtener un presupuesto aproximado de lo que pagará] y saber si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* para el tratamiento de la misma afección. [Plan may insert additional information about the Real Time Benefit Tool such as rewards and incentives which may be offered to enrollees who use the “Real Time Benefit Tool.”]

[Plan may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]

## B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos de receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en la *Lista de medicamentos*.

[Plan should remove or modify language regarding benefit exclusions when the benefits are covered by the plan under the Medicaid program.]

<Plan name> no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección [insert if applicable: excepto por ciertos medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura de medicamentos mejorada]. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, puede apelar. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]).

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos de manera gratuita por <plan name>, pero no son considerados como parte de sus beneficios de medicamentos de receta como paciente ambulatorio.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. [Plan may modify this paragraph to reflect the degree to which the Medicaid program wraps around non-Part D drugs.] El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados documentos médicos que lo aprueben como tratamiento para su afección. Su proveedor podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que se recetan para usos no indicados en la etiqueta.

Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medicaid. [The plan should modify the list below and delete drugs that are covered by Medicaid or by the plan’s enhanced drug coverage.]

* medicamentos para promover la fertilidad
* medicamentos para calmar los síntomas de la gripe o la tos
* medicamentos con fines estéticos o para ayudar al crecimiento del cabello
* vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor
* medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
* medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
* medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos

## B4. Los niveles [Plan that does not have cost sharing in any tier omit: de costo compartido] de la *Lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de <number of tiers> niveles [plan that does not have cost sharing in any tier may omit: de costo compartido]. Cada nivel incluye un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta médica). [Plan that does not have cost sharing in any tier may omit the following sentence: En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.]

[Plan must briefly describe each tier (e.g., Cost Sharing Tier 1 includes generic drugs; or for plan that does not have cost sharing in any tier, Tier 1 includes generic drugs). Plan must ensure the tier label or description of the types of drugs on each tier is consistent with the guidance regarding generic tier labels in the 2016 Final Call Letter. Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]

Para saber en qué nivel [plan that does not have cost sharing in any tier may omit: de costo compartido] está su medicamento, busque el medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan.

En el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] se indica la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel [plan that does not have cost sharing in any tier may omit: de costo compartido]*.*

# Límites en algunos medicamentos

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos de receta. En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que le ayude con su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

**Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, usted debe pedirnos que hagamos una excepción. Después de una revisión, podríamos aceptar que use el medicamento sin tener que hacer los pasos adicionales.

Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

[Plan should include only the forms of utilization management used by the plan:]

1. Límites para el uso de medicamentos de marca [insert as applicable: o productos biológicos originales] si [insert as applicable: , respectivamente,] hay versions genéricas [insert as applicable: o biosimilares intercambiables] disponibles

En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. [Insert as applicable: Casi siempre, si **or** Si] hay versión genérica de algún medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán [insert as applicable: , respectivamente,]la versión genérica.

* Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca si hay una versión genérica.
* Sin embargo, si su proveedor [insert as applicable: nos indicó las razones médicas por las cuales el medicamento genérico no funcionará para usted **or** escribió “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca **or** nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted], entonces cubriremos el medicamento de marca.
* [Plan that offers all drugs at $0 cost sharing, delete the following sentence:] Su copago podría ser mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico.

1. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de <plan name> antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir el medicamento.

1. Probar primero un medicamento diferente

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos más baratos (los cuales muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le ayuda, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

1. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos. Esto se llama “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios al miembro o vaya a nuestro sitio web en <URL>.

# Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Nosotros trataremos de que la cobertura de sus medicamentos le ayude. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

* El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan. Tal vez el medicamento no está incluido en la *Lista de medicamentos*. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
* El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales a la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior [plan may insert reference, as applicable], algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, usted o su profesional autorizado podría preferir que, en su caso, hagamos una excepción a dicha regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.

## D1. Obtención de un suministro temporal

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporal de un medicamento, por ejemplo, si el medicamento no está incluido en la *Lista de medicamentos* o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que cubra el medicamento.

**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas reglas:**

1. El medicamento que usted ha estado tomando:

* ya no está incluido en la *Lista de medicamentos* del plan, **o**
* nunca estuvo incluido en la *Lista de medicamentos* del plan, **o**
* ahora tiene algún límite.

1. Usted debe estar en una de estas situaciones:

* [Plan may omit this scenario if the plan allows current members to request formulary exceptions in advance for the following year. Plan may omit this scenario if the plan was not operating in the prior year.]Usted estaba en el plan el año pasado.
  + Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** <**time period**>[**must be at least 90 days**] **días del año calendario**.
  + Este suministro temporal será de <supply limit> [must be the number of days in plan’s one-month supply] días como máximo.
  + Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de <supply limit> [must be the number of days in plan’s one-month supply] días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  + Las farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento de receta en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
* Usted es nuevo en el plan.
  + Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento** **durante los primeros**<**time period**>[**must be at least 90 days**] **días de su participación en el plan**.
  + Este suministro temporal será de <supply limit> [must be the number of days in plan’s one month supply] días como máximo.
  + Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de <supply limit> [must be the number of days in plan’s one month supply] días de un medicamento de la Parte D o <supply limit> [must be at least a 90-day supply] de un medicamento cubierto por Medicaid. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  + Las farmacias de cuidado a largo plazo le pueden proveer su medicamento de receta en cantidades pequeñas a la vez para evitar desperdicios.
* Usted ha estado en el plan más de <time period> [must be at least 90 days] días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
  + Nosotros cubriremos un suministro por <supply limit> [must be at least a 31-day supply] días, o menos, si su receta es por menos días. Esto es además del suministro temporal.
* [If applicable: Plan must insert their transition policy for current members with changes to their level of care.]
  + Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro.

Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

* Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que le ayude. Puede llamar a Servicios al miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

* Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la *Lista de medicamentos*. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción si cree que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

[If the plan does not allow current members to request an exception prior to the beginning of the following contract year omit this paragraph:] Si van a retirar o a limitar de alguna forma el medicamento que usted está tomando de la *Lista de medicamentos* al año siguiente, le permitiremos pedir una excepción antes del año siguiente.

* Le avisaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente.
* Responderemos a su petición de una excepción a más tardar 72 horas después de recibir su petición (o el informe de su profesional autorizado).

Para saber más sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o su administrador de cuidados].

# Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero <plan name> podría agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podríamos cambiar nuestras reglas sobre algunos medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

* Decidir requerir o no requerir aprobación previa (PA) para algún medicamento. (La PA es el permiso de <plan name> antes de que usted pueda obtener un medicamento).
* Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).
* Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

* salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos actual, **o**
* nos demos cuenta de que un medicamento no es seguro, **o**
* un medicamento sea retirado del mercado.

**¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?**

Para más información sobre qué ocurre cuando la *Lista de medicamentos* cambia, siempre puede:

* visitar el sitio web de <plan name> en <URL> para ver *la Lista de medicamentos* actual **o**
* llamar a Servicios al miembro al <toll free number> para verificar la *Lista de medicamentos* actual.

**Cambios posibles en la *Lista de medicamentos* que podrían afectarlo durante el año del plan en curso**

[***Advance General Notice that plans may make certain immediate generic and biosimilar substitutions:*** *In order to immediately replace brand name drugs or biological products with, respectively, new therapeutically equivalent or new authorized generic drugs or new interchangeable biological products or new unbranded biological products (or to change the tiering or the restrictions, or both, applied if the related drug remains on the formulary), plans that otherwise meet the requirements must provide the following advance general notice of changes:*

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* ocurren **de inmediato**. Por ejemplo:

* **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original que existe en la Lista de medicamentos actual. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo [insert if applicable, for example, if the plan’s Drug List has differential cost-sharing for some generics: o será más bajo.]

Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos también decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.

* Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
* Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las excepciones.]

[Plans that will not be making any immediate substitutions of new generic drugs should insert the following:

Algunos cambios en la Lista de medicamentos podrían incluir:

* **Cuando hay un nuevo medicamento genérico** [insert as applicable: **o biosimilar intercambiable**] **disponible.** En algunos casos, salen al mercado nuevos medicamentos genéricos [insert as applicable: o una version biosimilar intercambiable del mismo product biológico] que funcionan del mismo modo que el medicamento de marca [insert as applicable: o product biológico original] de la Lista de medicamentos. Si esto ocurre, podemos quitar el medicamento de marca [insert as applicable: o el product biológico original] y agregar el nuevo medicamento genérico [insert as applicable: o version biosimilar intercambiable del mismo producto biológico] pero su costo del medicamento genérico [insert as applicable: o biosimilar intercambiable] se mantendrá igual [insert if applicable, for example, if the plan’s Drug List has differential cost-sharing for some generics: o será menor.]

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos optar por mantener el medicamento de marca [insert as applicable: o producto biológico similar] en la lista pero haremos cambios en las reglas o límites de su cobertura.

Ante estos cambios:

* + Le informaremos 30 días antes de realizar el cambio en la Lista de medicamentos o
  + Le informaremos y le brindaremos un surtido de <*supply limit>* [*must be at least the number of days in the plan’s one-month supply*] días del medicamento de marca [insert as applicable: o producto biológico similar] luego de que solicite un surtido.

Esto le dará tiempo para que hable con su médico o proveedor y le ayuden a decidir:

* + Si debe cambiarse al medicamento genérico [*insert as applicable*: o biosimilar intercambiable] o si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que podría tomar en lugar del medicamento actual, o
  + Si puede solicitar una excepción a estos cambios. Para conocer más sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].]
* **Un medicamento se retira del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Le enviaremos un aviso luego de realizar el cambio. [Plan should include information advising members what to do after they are notified (e.g., contact the prescribing provider, etc.).]

**Es posible que hagamos otros cambios que pueden afectar a los medicamentos que usted toma.** Le informaremos por adelantado sobre estos cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

* La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando sucedan estos cambios:

* Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la Lista de medicamentos, **o**
* Le informaremos y le proporcionaremos un suministro para <*supply limit>* [*must be at least the number of days in the plan’s one-month supply*] días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, que pueden ayudarlo a decidir:

* Si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar **o**
* Si debe pedir una excepción a estos para seguir teniendo la cobertura del medicamento o de la versión del medicamento que esté tomando. Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

**Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año de vigencia de su plan**

Podemos realizar cambios en los medicamentos que esté tomando y que no estén detallados anteriormente pero que tampoco afectarán a los medicamentos que toma actualmente. Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **inicio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando [*insert if applicable:* , elevamos su costo] o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento [*insert if applicable:* o lo que usted paga por el medicamento] durante el resto del año.

Si alguno de estos cambios tiene lugar para un medicamento que está tomando (a excepción de los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año en curso. Usted deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible para el período de inscripción abierto) para saber si hay cambios que podrían afectarlo durante el siguiente año del plan.

# Cobertura de medicamentos en casos especiales

## F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan

Si lo internan en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando, los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

[Plan with no cost sharing, delete this paragraph:] Para saber más sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable].

## F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si usted está viviendo en un centro de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia del centro si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Servicios al miembro.

## F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo.

* Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita algún medicamento (por ejemplo, contra el dolor, contra la náusea, laxante o contra la ansiedad) que no esté cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que le recetó el medicamento o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
* Para evitar retrasos en la recepción de cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que debería estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedirle a su proveedor de hospicio o a la persona que lo recetó que se asegure de darnos la notificación de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento.

Si usted abandona el hospicio, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio de Medicare, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted abandonó el hospicio. Para obtener más información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D, consulte las partes anteriores de este capítulo.

Para saber más sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

# Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

## G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como errores en los medicamentos o medicamentos que:

* podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento similar que funciona igual
* podrían no ser seguros para su edad o sexo
* podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
* tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
* tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si vemos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de receta, trabajaremos con su proveedor para solucionarlo.

## G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para enfermedades diferentes o forma parte de un Programa de Gestión de Medicamentos para hacer un uso seguro de los medicamentos opioides, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si es elegible para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

* cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
* cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
* cómo tomar mejor sus medicamentos
* cualquier pregunta o problema que tenga en relación con sus medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica

Usted recibirá un resumen de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma. Además, recibirá información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos de receta que llevan sustancias controladas.

Sería una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual, para que pueda hablar con su proveedor sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidado de salud. También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted no quiere estar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al miembro [insert if applicable: o su administrador de cuidados].

## G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

<Plan name> tiene un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia. Este programa se llama el Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos de opioides que obtiene de varios proveedores o farmacias o si ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus proveedores para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus proveedores, decidimos que su uso de medicamentos opioides de receta [insert if applicable: o benzodiacepinas] no es seguro, podríamos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

* Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de <una farmacia** *or* **unas farmacias> en concreto** o **de <un proveedor** *or* **unos proveedores> en concreto**
* **Limitar la cantidad** que cubriremos de esos medicamentos

Si creemos que se le deberían aplicar una o más de las limitaciones, le mandaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si le solicitaremos que las recetas de los mismos sean emitidas únicamente por un proveedor o farmacia específicos.

**Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores o farmacias prefiere usar y de proporcionar cualquier información que crea que nosotros deberíamos conocer.** Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted responda, le mandaremos una carta que confirme dichas limitaciones.

Si piensa que hemos cometido un error, no está de acuerdo con que existe un riesgo de que use el medicamento de receta indebidamente o no está de acuerdo con la limitación, usted y su profesional autorizado pueden solicitar una apelación. Si solicita una apelación, revisaremos su caso y le informaremos de nuestra decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una Entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener más información sobre cómo apelar y conocer más acerca de la IRE, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]).

Es posible que el DMP no lo afecte si usted:

* tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
* está recibiendo cuidados en un hospicio, cuidados paliativos o terminales, **o**
* vive en un centro de cuidado a largo plazo.

## G4. Programas de ayuda para el desecho de medicamentos de receta y sustancias controladas

Es importante deshacerse de los medicamentos de receta sin usar que tenemos en casa. Para ello, usted puede:

* llevarlos a un punto de recogida de medicamentos y depositarlos en la caja habilitada a tal efecto o acudir a una campaña de recogida de medicamentos
* desechar las agujas de formas segura en ENCORE Needle Exchange
  + ir al 557 de Broad Street, Providence, RI, 02907
  + Llamar al 1-401-781-0665 para obtener más información.

La mayoría de los analgésicos de receta son sustancias controladas susceptibles de crear adicción en determinadas circunstancias, en especial si no se usan correctamente. Antes de deshacerse de analgésicos de receta, compruebe si en el punto de recogida de medicamentos aceptan sustancias controladas. Para obtener más información, pregunte en alguna farmacia cercana o entre en [www.preventoverdoseri.org/get-rid-of-meds/](http://www.preventoverdoseri.org/get-rid-of-meds/).

[Plan may add additional resources, as applicable.]