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 medicamentos que su proveedor solicita por usted y que consigue a través de una farmacia [if applicable: o por correo]. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth. 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, pero estos **no** se explicarán 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 [plans 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 debe hacerle una receta, que debe ser válida conforme a las leyes estatales vigentes. Muchas veces, esta persona es su proveedor de cuidado primario (PCP). [Plans may modify or delete the next sentence as appropriate.] También puede ser otro proveedor si su PCP lo refirió a ese proveedor para recibir cuidados.
2. El profesional que haga la receta 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. En general, 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 el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para saber cómo pedir una excepción.
5. 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. [Plans should add definition of “medically accepted indication” as appropriate for MassHealth-covered drugs and items.]
6. Su medicamento puede requerir aprobación antes de la cobertura. Consulte la Sección C.

[Plans 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 [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans 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](#_Toc170833237)

[A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red 4](#_Toc170833238)

[A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta 4](#_Toc170833239)

[A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red 4](#_Toc170833240)

[A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 4](#_Toc170833241)

[A5. Uso de una farmacia especializada 5](#_Toc170833242)

[A6. Uso de servicios de pedido por correo para surtir una receta 5](#_Toc170833243)

[A7. Obtener un suministro a largo plazo de sus recetas 9](#_Toc170833244)

[A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan 9](#_Toc170833245)

[A9. Devolución de lo que pagó por un medicamento 10](#_Toc170833246)

[B. *Lista de medicamentos* del plan 10](#_Toc170833247)

[B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos* 10](#_Toc170833248)

[B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos* 11](#_Toc170833249)

[B3. Medicamentos que no están en la *Lista de medicamentos* 11](#_Toc170833250)

[B4. Los niveles de la *Lista de medicamentos* 13](#_Toc170833251)

[C. Límites en algunos medicamentos de receta 13](#_Toc170833252)

[D. Razones por las cuales sus recetas podrían no estar cubiertas 14](#_Toc170833253)

[D1. Obtención de un suministro temporal 15](#_Toc170833254)

[E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 18](#_Toc170833255)

[F. Cobertura de medicamentos de receta en casos especiales 21](#_Toc170833257)

[F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante un período cubierto por el plan 21](#_Toc170833258)

[F2. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo 22](#_Toc170833259)

[F3. Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare 22](#_Toc170833260)

[G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 22](#_Toc170833261)

[G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de forma segura 22](#_Toc170833262)

[G2. Programas que ayudan a los miembros a gestionar sus recetas 23](#_Toc170833263)

[G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides 24](#_Toc170833264)

# 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 podrá concurrir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, usted puede:

* + buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*
  + ir a nuestro sitio web en <URL>
  + comunicarse con Servicios al miembro al <toll-free number>
* [insert if applicable: comuníquese con su coordinador de cuidado de salud] [Plans should replace the term “Care Coordinator” as needed throughout this chapter with the term they use.]

## 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 su medicamento de receta cubierto.

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 busque la información de su suscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria o si le piden que pague el medicamento, comuníquese inmediatamente con [insert: Servicios al miembro, su coordinador de cuidado de salud, or other appropriate individual]. Haremos lo posible para ayudarlo.

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

[Plans in which members do not need to take any action to change their pharmacies may 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 al <toll-free number> [insert if applicable: o con su coordinador de cuidado de salud].

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

Si la farmacia que usa se retira de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red para que el plan siga pagando sus recetas.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web en <URL> o comunicarse con Servicios al miembro al <toll-free number> [insert if applicable: o con su coordinador de cuidado de salud].

## 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. [Plans 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 centro de enfermería.
  + 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. [Plans 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. [Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]
* Las farmacias que dispensan medicamentos de venta restringida por la FDA en determinados lugares 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 al <toll-free number> [insert if applicable: o con su coordinador de cuidado de salud].

## A6. Uso de servicios de pedido por correo para surtir una receta

[Plans that do not offer mail-order services, replace the information in this section with the following sentence: No, 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 [plans 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 de pedidos por correo recibe de usted**

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

[Plans 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 process new prescriptions from provider offices, insert the following:]

**2. Recetas nuevas que la farmacia de pedidos por correo 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 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, insert the following:]

**2. Recetas nuevas que la farmacia de pedidos por correo 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].

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 nuestro servicio 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 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 recibidas 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.]

[Plans that do 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 agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

[Plans that do 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 decide no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia [insert recommended number of days] días antes de que se agote su receta actual 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 por correo, comuníquese con nosotros [insert instructions].

[All plans offering 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 recetas

[Plans that do 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.

[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 [plans 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

Usted deberá usar una farmacia de la red de <plan name> siempre que sea posible. Si le parece que no puede usar una farmacia de nuestra red, llame primero a[insert: Servicios al miembro, su coordinador de cuidado de salud., or other appropriate individual].

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solo** cuando usted no puede 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.]

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

* [Plans 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). *The plan’s policies and procedures governing reasonable rules for limiting out-of-network access to Part D prescription drugs, including circumstances under which the plan will permit out-of-network access, must be consistent with Chapter 5 of the Prescription Drug Benefit Manual.*]

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

Si por algún otro motivo usa una farmacia fuera de la red, la farmacia puede pedirle que pague el costo total de su receta. Si esto pasa, llame primero a [insert: Servicios al miembro, su coordinador de cuidado de salud, or other appropriate individual].

Si usted paga el costo total cuando obtenga su receta, puede pedirnos que le devolvamos el pago.

Para saber más sobre esto, consulte el Capítulo 7 [plans 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.

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

[*Plans that offer indication-based formulary design must include:* Si cubrimos un medicamento solo para algunos problemas de salud, lo indicaremos claramente en la *Lista de medicamentos* y en el Buscador de planes de Medicare junto con los problemas de salud específicos cubiertos.]

## 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 [insert if applicable: y productos] cubiertos por sus beneficios de MassHealth.

[Insert *if offering indication-based formulary design:* Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos para determinadas afecciones médicas, pero que se consideren como no pertenecientes al formulario para otras. Estos medicamentos estarán identificados en nuestra Lista de medicamentos y en el Buscador de planes de Medicare, junto con la afección 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. Los productos biológicos son medicamentos que 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 funcionan tan bien como los medicamentos de marca o productos biológicos y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos para poder sustituir muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. 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 que pueden estar en la Lista de medicamentos.

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

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 y pedir una copia de la lista.
* Usar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” disponible en <URL> o llamar a [insert if applicable: su coordinador de cuidado de salud o a] los Servicios para miembros. Con esta herramienta puede buscar los medicamentos en la Lista de medicamentos 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. [Plans 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.”]

[Plans 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 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 [plans 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 MassHealth), 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. [Plans may modify this paragraph to reflect the degree to which MassHealth wraps around non-Part D drugs.] El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por determinados textos médicos que lo aprueben como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa 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 MassHealth. [Plans should modify the list below and delete drugs that are covered by the plan’s enhanced drug coverage.]

* medicamentos para promover la fertilidad
* medicamentos con fines estéticos o para ayudar al crecimiento del cabello
* 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 de la *Lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* del plan están en uno de <number of tiers> niveles. 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).

[Plans must briefly describe each tier (e.g., Cost Sharing Tier 1 includes generic drugs; or for plans that do not have cost sharing in any tier, Tier 1 includes generic drugs). *Plans 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 está su medicamento, busque el medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan.

En el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable]se indica cuánto pagará usted por los medicamentos de cada nivel.

# Límites en algunos medicamentos de receta

Hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo 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 permitirle usar el medicamento sin los pasos adicionales.

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

[Plans 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 versiones genéricas [insert as applicable: o biosimilares intercambiables]disponibles

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

* Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca [insert as applicable: o el producto biológico original] si hay una versión genérica.
* Sin embargo, si su proveedor [insert as applicable: nos indicó las razones médicas por las cuales el medicamento genérico [insert as applicable: o un biosimilar intercambiable] no funcionará para usted **or** escribió “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca drug [insert as applicable: o un producto biológico original] **or** nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico [insert as applicable:, ni un biosimilar intercambiable,] ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted], entonces cubriremos el medicamento de marca.

1. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que haga la receta deben obtener una aprobación de <plan name>, según reglas específicas, antes de surtir su receta. A esto se le llama autorización previa (PA) o aprobación. Si no obtiene una PA, <plan name> podría no cubrir el medicamento.

1. Probar primero un medicamento diferente (terapia escalonada)

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 funciona para usted, 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 al <toll-free number> o consulte nuestro sitio web en <URL>.

# Razones por las cuales sus recetas podrían no estar cubiertas

Tratamos de que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero, 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 para la cobertura de ese medicamento.** Como se explicó en la sección anterior [plans may insert reference, as applicable], algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted preferirá que ignoremos la 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.

<Plan name> determina qué medicamentos son medicamentos de la Parte D. Podemos decidir que algunos medicamentos antiguos o medicamentos sin resultados probados clínicamente no cumplen las condiciones para aceptarse como medicamentos de la Parte D. Si está tomando un medicamento que <plan name> no considera como medicamento de la Parte D, usted tendrá derecho a obtener un suministro único del medicamento para 72 horas. Si la farmacia no puede cobrarle a <plan name> por este suministro único, MassHealth lo pagará. Esto es obligatorio según la ley de Massachusetts.

Además, es posible que usted pueda obtener un suministro temporal por más tiempo de un medicamento de la Parte D o de un medicamento que no sea de la Parte D que cubriría MassHealth. Para averiguar por cuánto tiempo <plan name> le dará un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro al <toll free number>.

**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:

**Para medicamentos de la Parte D de Medicare:**

* [Plans may omit this scenario if the plan allows current members to request formulary exceptions in advance for the following year. Plans 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** [**insert time period (must be at least 90 days)**] **días del año calendario**.
* Este suministro temporal será de [insert 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 [insert supply limit (must be at least 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 de la Parte D de Medicare **durante los primeros** [**insert time period (must be at least 90 days)**] **días de su participación en el plan**.
* Este suministro temporal será de [insert 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 [insert supply limit (must be then 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 ha estado en el plan más de [insert time period (must be at least 90 days)] días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
* Cubriremos un suministro para [insert supply limit (must be at least a 31-day supply)] días de su medicamento de la Parte D de Medicare, o menos, si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal descrito arriba. [If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with changes to their level of care.]

**Para medicamentos de MassHealth:**

* Usted es nuevo en el plan.
* Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth por 90 días o hasta que su evaluación completa y su Plan de cuidado individualizado (ICP) estén terminados, o menos, si su receta es para menos días.
* Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>.

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.

**O**

* 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.

[Plans that do not allow current members to request an exception prior to the beginning of the following contract year may 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 [plans may insert reference, as applicable].

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

# 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 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 el 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. Para obtener más información sobre excepciones, consulte el Capítulo 9 de este manual.]

[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:

* **Un nuevo medicamento genérico** [insert as applicable: **o biosimilar intercambiable**] **está disponible.** A veces sale al mercado un nuevo medicamento genérico [insert as applicable: o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico] que funciona tan bien como el medicamento de marca [insert as applicable: o producto biológico original] de la Lista de medicamentos. Si esto ocurre, podemos quitar el medicamento de marca [insert as applicable: o el producto biológico original] y agregar el nuevo medicamento genérico [insert as applicable: o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico], pero su costo del nuevo medicamento [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 inferior.]

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos optar por mantener el medicamento de marca [insert as applicable: o producto biológico original] en la lista pero hacer cambios en las reglas o los 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 suministro de [insert 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 original] luego de que solicite un nuevo surtido.

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

* Si usted debería cambiar al medicamento genérico [insert as applicable: o al biosimilar intercambiable] o si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar, o
* Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para saber más sobre cómo pedir 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 efectivo, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podríamos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de hacer el cambio. [*Plans 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 [*insert 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 cambios para continuar con la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que esté tomando. Para saber más sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

**Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectarán durante el año del plan en curso**

Podemos realizar cambios a los medicamentos que usted toma que no estén descritos en la sección anterior y que no afecten 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 sucede alguno de estos cambios 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 de receta 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.

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

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, 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 ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra el dolor, contra la náusea, laxante o contra la ansiedad) que no estén cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que le recetó los medicamentos o de su proveedor de hospicio de que los medicamentos no tienen relación con su enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlos.
* 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 [plans 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 que ayudan a los miembros a gestionar sus recetas

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, podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. En caso de ser 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 médico 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 coordinador de cuidado de salud].

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 Programa de administración de medicamentos.

Si usa medicamentos de opioides que obtiene de varias personas que le recetan medicamentos o farmacias o si ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con la persona que le receta medicamentos para asegurarnos que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con la persona que le receta medicamentos, 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 <cierta persona que le receta medicamentos** *or* **ciertas personas que le recetan medicamentos> 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 estos sean emitidas únicamente por un proveedor o farmacia específicos.

**Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que le recetan medicamentos 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 [plans may insert reference, as applicable]).

Es posible que el Programa de administración de medicamentos 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.