

Si usted está en un plan de medicamentos de Medicare y tiene necesidades de salud complejas, es posible que pueda participar en un programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM). **MTM es un servicio ofrecido por Aspire Health Plan sin costo adicional para usted. El programa MTM es requerido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y no se considera un beneficio.** Este programa le ayuda a usted y a su médico a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando. También nos ayuda a identificar y reducir posibles problemas de medicamentos.

Para ser parte de este programa, debe cumplir ciertos criterios establecidos en parte por los CMS. Estos criterios se utilizan para identificar a las personas que tienen enfermedades crónicas múltiples y que están en riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos. Si cumple con estos criterios, le enviaremos una carta para invitarlo a participar en el programa e información sobre el programa, incluyendo cómo acceder al programa. Su inscripción en MTM es voluntaria y no afecta la cobertura de Medicare de medicamentos cubiertos por Medicare.

Para calificar para el programa MTM de Aspire Health Plan, debe cumplir TODOS los siguientes criterios:

- Tener al menos tres (3) de las siguientes condiciones o enfermedades: Falla cardíaca crónica, diabetes, dislipidemia, hipertensión, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica Y
- Tomar al menos ocho (8) medicamentos de la Parte D cubiertos Y
- Probablemente tener costos de medicamentos de la Parte D cubiertos por un monto superior a \$4,696 por año

Para ayudar a reducir el riesgo de posibles problemas de medicamentos, el programa MTM ofrece dos tipos de revisión clínica de sus medicamentos:

- **Revisión de medicamentos específicos:** al menos trimestralmente, revisaremos todos sus medicamentos con receta médica y lo contactaremos a usted, a su proveedor de cuidados, su farmacéutico y/o su médico si detectamos un problema potencial.
- **Revisión completa de medicamentos (CMR):** al menos una vez por año, ofrecemos una discusión y revisión gratuitas de todos sus medicamentos por parte de un farmacéutico u otro profesional de la salud para ayudarle a usar sus medicamentos de manera segura. Esta revisión, o CMR, es ofrecida confidencialmente por teléfono por parte de farmacias operadas por MedWiseRX™. La CMR podrá también ofrecerse en persona o por telehealth en la oficina de su proveedor, farmacia o instalación de cuidados de largo plazo. Si usted o su proveedor de cuidados no puede participar en la CMR, esta revisión puede ser completada directamente con su proveedor. Estos servicios son proporcionados en nombre de Aspire Health Plan. Esta revisión requiere aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Luego de la revisión, obtendrá un resumen escrito de esta llamada, que puede llevar con usted cuando hable con sus médicos. Este resumen incluye:
 - » **Plan de acción de medicamentos (MAP):** El plan de acción tiene pasos que usted debería tomar para ayudarle a obtener los mejores resultados de sus medicamentos.
 - » **Lista de medicamentos personal (PML):** La lista de medicamentos le ayudará a llevar un registro de sus medicamentos y cómo usarlos de la manera correcta.

Para su conveniencia, hemos incluido un formulario de medicamentos en blanco que usted puede imprimir para llevar un registro de sus medicamentos con receta médica y sus medicamentos de venta libre. Este formulario puede encontrarse en la última página de este documento.

Si toma muchos medicamentos para más de una condición de salud crónica, contacte a su plan de medicamentos para ver si es elegible para el programa MTM, o para más información, por favor contacte a servicio al cliente al (888) 495-3160.

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA: _____

Fecha de nacimiento: _____

Esta lista de medicamentos fue creada para usted después de que hablamos. También usamos información de los datos de reclamos de medicamentos con receta médica.

- Use los renglones en blanco para agregar nuevos medicamentos. Luego complete las fechas en las que empezó a usarlos.
- Tache los medicamentos cuando ya no los usa. Luego escriba la fecha y por qué dejó de usarlos.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidados de salud de su equipo de cuidados que actualicen la lista en cada visita.

Mantenga esta lista actualizada con:

- medicamentos con receta
- medicamentos de venta libre
- suplementos herbales
- vitaminas
- minerales

Si va al hospital o sala de emergencia, lleve esta lista con usted. También compártala con su familia o personas que cuidan de usted.

FECHA DE PREPARACIÓN:

Alergias o efectos secundarios:

Medicamento:

Cómo lo uso:

Por qué lo uso:

Médico que receta:

Fecha en que comencé a usarlo:

Fecha en que terminé de usarlo:

Por qué dejé de usarlo:

Medicamento:

Cómo lo uso:

Por qué lo uso:

Médico que receta:

Fecha en que comencé a usarlo:

Fecha en que terminé de usarlo:

Por qué dejé de usarlo:

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA: _____
Fecha de nacimiento: _____

(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONALES PARA: _____
Fecha de nacimiento: _____

(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Médico que receta:
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que terminé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Otra información:

Si tiene alguna pregunta acerca de su lista de medicamentos, llame a SinfoníaRx al número gratuito 1-844-866-3735, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Pacífico; usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-367-8939.

En conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recolección de información a menos que conste de un número de control OMB válido. El número OMB válido para esta recolección de información es 0938-1154. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima en un promedio de 40 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.