

CENTRO PARA MEDICARE

Revisiones del formato estandarizado del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos de la Parte D de Medicare

El 1 de febrero de 2021, de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites, la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) aprobó sin cambios el formato estandarizado de la Administración de Terapia con Medicamentos de la Parte D de Medicare (formulario CMS-10396, número de control de la OMB 0938-1154) hasta el febrero 29 de febrero de 2024. A continuación se encuentra una descripción de las revisiones para actualizar la fecha del pie de página, seguida del formato estandarizado revisado.

A. Todos los documentos

A.1. Cambie los pies de página de la siguiente manera:

De: "Formulario CMS-10396 (17/08)"

A: "Formulario CMS-10396 (24/02)"

Parte D de Medicare
Formato estandarizado del Programa de
Administración de Terapia con
Medicamentos - Español
Febrero de 2021

< MTM PROVIDER HEADER or
OPTIONAL LOGO >

< MTM PROVIDER HEADER or
OPTIONAL LOGO >

< Insert date >

< Insert inside address >

< Insert salutation >:

< Additional space for
optional plan/provider use,
such as barcodes, document
reference numbers, beneficiary
identifiers, case numbers or
title of document >

Gracias por hablar conmigo el < insert date of service > sobre su salud y sus medicamentos. El programa MTM (Administración de Terapia con Medicamentos) de Medicare lo ayuda a entender sus medicamentos y usarlos de manera segura.

Esta carta incluye un plan de acción (plan de acción de medicamentos) y una lista de medicamentos (lista personal de medicamentos). **El plan de acción tiene pasos a seguir que lo ayudarán a obtener los mejores resultados con sus medicamentos. La lista de medicamentos lo ayudará a realizar un seguimiento de sus medicamentos y a saber cómo usarlos de la manera correcta.**

- Tenga su plan de acción y lista de medicamentos con usted cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica de su equipo de atención.
- Pídale a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica que actualicen el plan de acción y la lista de medicamentos en cada visita.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencias.
- Entregue una copia del plan de acción y de la lista de medicamentos a su familia o cuidadores.

Si desea hablar sobre esta carta o cualquiera de los documentos que la acompañan, llame a <insert contact information for MTM provider, phone number, days/times, TTY, etc. >.

< I/We > espero/esperamos trabajar con usted, sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a mantenerse saludable a través del programa MTM de < insert name of Part D Plan >.

< Insert closing, MTM provider signature, name, title, enclosure notations, etc. >

PLAN DE ACCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA < Insert Member's name, DOB:

Este plan de acción lo ayudará a obtener los mejores resultados con sus medicamentos si:

1. Lee "De qué hablamos".
2. Sigue los pasos que se enumeran en las casillas "Lo que debo hacer".
3. Completa "Qué hice y cuándo lo hice".
4. Complete "Mi plan de seguimiento" y "Preguntas que quiero hacer".

Tenga este plan de acción con usted cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica de su equipo de atención. Comparta esto con su familia o cuidadores también.

FECHA DE REDACCIÓN: < INSERT DATE >

De qué hablamos: < Insert description of topic >	
Lo que debo hacer: < Insert recommendations for beneficiary activities >	Qué hice y cuándo lo hice: < Leave blank for beneficiary's notes >

De qué hablamos:	
Lo que debo hacer:	Qué hice y cuándo lo hice:

De qué hablamos:	
Lo que debo hacer:	Qué hice y cuándo lo hice:

De qué hablamos:	
Lo que debo hacer:	Qué hice y cuándo lo hice:

De qué hablamos:	
Lo que debo hacer:	Qué hice y cuándo lo hice:

Mi plan de seguimiento (agregue notas sobre los pasos a seguir):
 < *Leave blank for beneficiary's notes* >

Preguntas que quiero hacer (incluya temas sobre medicamentos o terapia):
 < *Leave blank for beneficiary's notes* >

Si tiene alguna pregunta sobre su plan de acción, comuníquese con < *insert MTM provider contact information, phone number, days/times, etc.* >.

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONAL PARA < Insert Member's name, DOB:

Esta lista de medicamentos se confeccionó para usted después de nuestra charla. También usamos información de < insert sources of information >.

- Utilice las filas en blanco para agregar nuevos medicamentos. Luego, complete las fechas en las que comenzó a tomarlos.
- Tache los medicamentos cuando ya no los use. Luego escriba la fecha y el motivo por el que dejó de usarlos.
- Pregúntele a sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica en su equipo de atención médica para actualizar esta lista en cada visita.

Mantenga esta lista actualizada con:

- medicamentos recetados
- medicamentos de venta libre
- suplementos herbales
- vitaminas
- minerales

Si va al hospital o a la sala de emergencias, lleve esta lista con usted. Comparta esto con su familia o cuidadores también.

FECHA DE REDACCIÓN: < INSERT DATE >

Alergias o efectos secundarios: < Insert beneficiary's allergies and adverse drug reactions including the medications and their effects >

Medicamento: < Insert generic name and brand name, strength, and dosage form for current/active medications. >

Cómo lo uso: < Insert regimen, including strength, dose and frequency (e.g., 1 tablet (20 mg) by mouth daily), use of related devices and supplemental instructions as appropriate >

Por qué lo uso: < Insert indication or intended medical use >

Profesional que receta: < Insert prescriber's name >

< Insert other title(s) or delete this field >: < Use for optional product-related information, such as additional instructions, product image/identifiers, goals of therapy, pharmacy, etc., and change field title accordingly. This field may be expanded or divided. Delete this field if not used. >

Fecha en que comencé a usarlo: < May be estimated by Plan or entered based upon beneficiary-reported data, or leave blank for beneficiary to enter start date >

Fecha en que dejé de usarlo: < Leave blank for beneficiary to enter stop date >

Por qué dejé de usarlo: < Leave blank for beneficiary's notes >

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONAL PARA < Insert Member's name, DOB: mm/dd/yyyy >
(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
<i>< Insert other title(s) or delete this field >:</i>	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
<i>< Insert other title(s) or delete this field >:</i>	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
<i>< Insert other title(s) or delete this field >:</i>	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
<i>< Insert other title(s) or delete this field >:</i>	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
<i>< Insert other title(s) or delete this field >:</i>	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

LISTA DE MEDICAMENTOS PERSONAL PARA < Insert Member's name, DOB: mm/dd/yyyy >
(continuación)

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
< Insert other title(s) or delete this field >:	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
< Insert other title(s) or delete this field >:	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Medicamento:	
Cómo lo uso:	
Por qué lo uso:	Profesional que receta:
< Insert other title(s) or delete this field >:	
Fecha en que comencé a usarlo:	Fecha en que dejé de usarlo:
Por qué dejé de usarlo:	

Otra información:

Si tiene alguna pregunta sobre su lista de medicamentos, comuníquese con < insert MTM provider contact information, phone numbers, days/times, etc. >.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud tenga un número de control válido de la OMB. El número válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1154. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es en promedio de 40 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850