



Política de transición de Medicare de Blue Shield of California

Introducción

Queremos asegurarnos de que nuestros miembros de Medicare tengan acceso a los medicamentos que necesitan durante la transición entre planes o mientras se adaptan a los cambios del formulario.

Esta política de transición es para todos los planes de medicamentos recetados Medicare Advantage (MAPD, por sus siglas en inglés) y los planes de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) independientes de Blue Shield of California.

En este documento, se describe nuestro Proceso de medicamentos de transición de Medicare, que se aplica a los siguientes miembros:

- Miembros con problemas de salud que están estabilizados con los siguientes medicamentos:
 - medicamentos de la Parte D que no están en nuestro formulario;
 - medicamentos de la Parte D que están en nuestro formulario y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad;
 - medicamentos de la Parte D como los mencionados antes, que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.
- Miembros que están en cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Son miembros nuevos después del período coordinado de elección anual.
 - Son miembros elegibles por primera vez que están en transición de otra cobertura cuando empieza el año del contrato.
 - Son personas que están en transición y que cambian de un plan a otro después de que empieza el año del contrato.
 - Son personas inscritas que están en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
 - En algunos casos, son personas actualmente inscritas que se ven afectadas por los cambios en el formulario de un año del contrato al siguiente.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los "medicamentos de la Parte D" que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que el miembro califique para tener acceso fuera de la red.

Política de transición

Para satisfacer las necesidades inmediatas de los miembros, podemos ofrecer, junto con farmacias de la red, un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario o medicamentos del formulario que tengan restricciones de cobertura. Esto también

Y0118_22_459A_SP_C 08052022

blueshieldca.com

601 12th Street | Oakland, CA 94607

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association A53576MAD-SP_1022

ayuda a dar tiempo suficiente para que, junto con el profesional que hace las recetas, podamos ofrecer un cambio adecuado por un medicamento del formulario que sea terapéuticamente equivalente o completar un pedido de excepción del formulario para mantener la cobertura de un medicamento existente por motivos de necesidad médica.

Información sobre el suministro de transición:

- **El suministro de transición es un suministro temporal para 30 días** de un medicamento que no está en el formulario **y se brinda por única vez**. Puede obtener ese suministro en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la nueva membresía.
- Si la receta indica menos días, cubriremos su receta varias veces hasta alcanzar el máximo de 30 días de medicamento.
- También se pueden repetir las recetas que sean para un suministro máximo de 30 días de medicamentos recetados, que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad.
- El período de 90 días empieza en la fecha de inicio de la cobertura del miembro en cualquiera de nuestros planes de la Parte D de Medicare.

Qué hacer durante la transición

Durante el período de transición de 90 días, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por uno que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté incluido en nuestro formulario o tenga restricciones, como tratamiento escalonado o autorización previa.

Cómo conseguir excepciones del formulario o autorizaciones previas

Si los miembros necesitan ayuda para pedir una excepción del formulario o una autorización previa, pueden comunicarse con Atención al Cliente llamando al número que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

- Si es necesario, Atención al Cliente pasará la llamada a Servicios de Farmacia para empezar un pedido de autorización previa o excepción.
- Cuando lo pidan, enviaremos los formularios de pedido de autorización previa o excepción tanto a los miembros como a los profesionales que hacen las recetas por correo postal, correo electrónico o fax. Los miembros también pueden buscar los formularios en nuestra [página web de formularios de autorización previa](#).
- Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), y los pedidos de excepción del formulario se evalúan en función de la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos y farmacéuticos de Blue Shield.
- Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le daremos al profesional que hace las recetas instrucciones para decidir con Blue Shield of California cuáles son las alternativas terapéuticas adecuadas. El miembro recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

Si un miembro actual se ve afectado por un cambio negativo en el formulario de un año al siguiente, le brindaremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que el miembro necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Farmacias y suministros de transición

Para ayudar a los miembros a recibir el medicamento que necesitan, las farmacias de venta al por menor y de LTC pueden autorizar la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que:

- no esté en el formulario;
- tenga restricciones de cobertura excepto la determinación de la Parte B en comparación con la Parte D;
- tenga límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D; o
- tenga límites que fomenten el uso seguro de un medicamento de la Parte D.

Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta llegar a un total de 30 días de medicamento).

El personal de Blue Shield determinará e ingresará las autorizaciones de servicio por correo (para un suministro de más de 30 días). El proveedor que procesa las reclamaciones de Blue Shield usa la nueva versión de las reglas de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) para tomar decisiones sobre todas las reclamaciones de transición de cobertura, y usa el sistema de mensajes aprobado por el sector cuando sea necesario para aclarar la información sobre las reclamaciones enviada a las farmacias.

Costos del suministro de transición

En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS.

Para el resto de los miembros:

- El costo compartido dependerá de los niveles de costo compartido aprobados y será consistente con lo que se le cobraría al miembro por medicamentos que no están en el formulario y que fueron aprobados por una excepción de cobertura.
- Cuando se haya determinado que las dosis recetadas originalmente de los medicamentos de la Parte D son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

Después de que se apruebe el suministro de transición

Después de que cubramos el suministro temporal de 30 días, por lo general no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición, salvo por los medicamentos que sean parte de las clases protegidas recibidos como parte de un suministro

de transición. Los miembros que reciben un suministro de transición de un medicamento que es parte de las clases protegidas mantendrán los derechos durante el resto del año del contrato.

Qué pasa después de que se aprueba el suministro de transición:

- Le enviaremos al miembro un aviso por escrito aprobado por los CMS por correo prioritario de los Estados Unidos dentro de los tres días hábiles de la repetición del suministro de transición.
- Le enviaremos al profesional que hace las recetas un fax en el que le informaremos del suministro de transición. Este aviso incluirá lo siguiente:
 - explicación de la condición temporal del suministro de transición recibido;
 - instrucciones para trabajar con nosotros y el profesional que hace las recetas para buscar alternativas terapéuticas adecuadas que estén en nuestro formulario;
 - explicación del derecho del miembro para pedir una excepción del formulario; y
 - descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario.
- Si se ha brindado un suministro de transición una vez y el miembro está actualmente en el proceso de recibir una determinación de cobertura, es posible que el suministro de transición se extienda por 30 días más después del suministro inicial de 30 días, a menos que el miembro tenga una receta que sea por menos de 30 días.

Miembros que están en centros de atención a largo plazo (LTC)

Para los miembros que están en un centro de LTC (como un hogar de ancianos):

- Cubriremos un suministro de transición de hasta 31 días (a menos que la receta sea por menos días) de medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos durante los primeros 90 días en que un miembro nuevo se inscribe en nuestro plan. El período de 90 días empieza en la fecha de inicio de la cobertura del miembro. El miembro recibirá un aviso de suministro de transición dentro de los tres días hábiles de la primera repetición del suministro de transición en incrementos para recordarle los términos de la política de suministro de transición.
- Si el miembro que está en el centro de LTC ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en el formulario o un medicamento que está sujeto a otras restricciones, como tratamiento escalonado o límites en las dosis, cubriremos un suministro de emergencia temporal de 31 días de ese medicamento (a menos que la receta sea por menos días) mientras el miembro nuevo pide una excepción del formulario.
- Para los miembros que son admitidos en un centro de LTC o dados de alta de este, los cambios en las repeticiones tempranas no se usan para limitar el acceso adecuado y necesario al formulario. Esto significa que esas personas inscritas pueden tener acceso a una repetición después de la admisión o del alta.

¿Tiene alguna pregunta?

Si los miembros tienen preguntas sobre este Proceso de Medicamentos de Transición de Medicare, pueden llamar a Atención al Cliente al número que está en sus tarjetas de identificación. Estamos aquí para ayudar.

Aviso de asistencia en otros idiomas

For assistance in English at no cost, call the toll-free number on your ID card. You can get this document translated and in other formats, such as large print, braille, and/or audio, also at no cost. Para obtener ayuda en español sin costo, llame al número de teléfono gratis que aparece en su tarjeta de identificación. También puede obtener gratis este documento en otro idioma y en otros formatos, tales como letra grande, braille y/o audio. 如欲免費獲取中文協助，請撥打您 ID 卡上的免費電話號碼。您也可免費獲得此文件的譯文或其他格式版本，例如：大字版、盲文版和/或音訊版。

Aviso de no discriminación

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。