

## Introducción

Queremos que nuestros miembros de Medicare tengan acceso a los medicamentos que necesitan, especialmente si cambian de plan o si deben adaptarse a cambios en el 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 casos:

- Miembros estabilizados con:
  - 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 límites de cantidad.
  - Medicamentos de la Parte D como los que se nombran arriba, en los que no se puedan hacer distinciones en la farmacia. Esto incluye medicamentos recetados nuevos o que ya se estén recibiendo.
- Miembros que estén en alguna de estas situaciones:
  - Miembros nuevos durante el período de elección anual.
  - Miembros elegibles por primera vez, que se pasan de otra cobertura cuando empieza el año del contrato.
  - Miembros que cambian de plan después de que haya empezado el año del contrato.
  - Personas inscritas que están en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
  - Miembros que han sido afectados por los cambios en el formulario de un año del contrato al siguiente.

Nota: Nuestra política de transición se aplica únicamente a los "medicamentos de la Parte D". Estos medicamentos deben comprarse en una farmacia de la red. No se incluyen los medicamentos que no son de la Parte D o que se compran en una farmacia fuera de la red, salvo cuando el miembro califique para tener acceso a proveedores fuera de la red.

## Política de transición

En las farmacias de la red, podemos brindar un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario o de medicamentos que estén en el formulario pero tengan límites de cobertura. Esto se hace para cubrir las necesidades del miembro. Además, permite trabajar junto con el profesional que hace las recetas para hacer un cambio adecuado en la medicación. El cambio debe hacerse por un medicamento que tenga la misma acción terapéutica y que esté en el formulario. Los miembros pueden presentar un pedido de excepción del formulario para que el medicamento que están tomando se siga cubriendo por necesidad médica.

## Información sobre el suministro de transición

- **El suministro de transición es un suministro temporal para 30 días y por única vez** de un medicamento que no está en el formulario. Los miembros deben obtener el medicamento en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días después de obtener la membresía nueva.
- Si la receta indica menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar el máximo de 30 días de medicamento.
- Las repeticiones se hacen para un suministro máximo de 30 días. Esto pasa cuando se obtiene un medicamento recetado por una cantidad menor que la que se indica en la receta debido a un límite de seguridad.
- Para cualquiera de nuestros planes de la Parte D de Medicare, el período de 90 días empieza desde la fecha de comienzo de la cobertura.

## Qué se debe hacer durante la transición

Durante el período de transición de 90 días, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas sobre cómo cambiar su medicamento por otro que cubramos. Los miembros también pueden pedir una excepción del formulario. Esta excepción es para que se les cubra ese medicamento que no está en nuestro formulario o que tiene límites (por ejemplo, tratamiento escalonado o autorización previa).

## Cómo conseguir una excepción del formulario o una autorización previa

Para obtener ayuda con una excepción del formulario o una autorización previa, los miembros pueden llamar al número de Servicio al Cliente que está en la tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

- Si es necesario, el personal de Servicio al Cliente pasará la llamada a Servicios de Farmacia para empezar un pedido de excepción o de autorización previa.
- Los miembros y los profesionales que hacen las recetas pueden solicitarnos los formularios para pedir una excepción o una autorización previa. Los formularios se enviarán por correo postal, correo electrónico o fax. Los miembros también pueden encontrar los formularios en nuestra [página web de plantillas y formularios de autorización previa](#).
- Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se analizan teniendo en cuenta los estándares de cobertura aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los pedidos de excepción del formulario se analizan teniendo en cuenta la necesidad médica; este proceso está a cargo de farmacéuticos y médicos de Blue Shield.
- Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le daremos al profesional que hace las recetas las instrucciones necesarias para trabajar con Blue Shield of California en la búsqueda de alternativas terapéuticas y les enviaremos a los miembros una carta con las instrucciones para apelar la decisión.

Si un cambio negativo afecta a un miembro de un año al siguiente, le brindaremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario. Esto se hará si el miembro necesita repetir el medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

## Farmacias y suministros de transición

Para ayudar a los miembros a obtener los medicamentos que necesitan, las farmacias de venta al por menor y de atención a largo plazo pueden autorizar la cobertura del suministro de transición de un medicamento que:

- no esté en el formulario;
- tenga límites de cobertura distintos a la determinación de la Parte B frente a la Parte D;
- tenga límites para evitar que se cubran medicamentos no incluidos en la Parte D; o
- tenga límites para promover el uso seguro de un medicamento de la Parte D.

Cubriremos un suministro para 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar el máximo de 30 días de medicamento).

El personal de Blue Shield decidirá e ingresará las autorizaciones de envíos al hogar (para un suministro de más de 30 días). El proveedor que procesa las reclamaciones de Blue Shield usa la nueva versión de los estándares de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) para decidir sobre todas las reclamaciones de cobertura relacionadas con el proceso de transición. El proveedor usa el sistema de mensajería aprobado por el sector, según sea necesario, para aclarar la información sobre las reclamaciones que se envía 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 no superará las cantidades máximas de copago correspondientes a los miembros elegibles para el LIS. Esto se aplica a los suministros temporales de medicamentos que se brinden durante el proceso de transición.

Para el resto de los miembros:

- El costo compartido se determina según los niveles de costo compartido aprobados. Esto coincide con lo que se le cobraría al miembro por los medicamentos que no están incluidos en el formulario, pero que sí están aprobados por una excepción de cobertura.
- Si se determinó 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 los límites de cantidad por motivos de seguridad.

### **Después de que se apruebe el suministro de transición**

Después de que cubramos el suministro temporal para 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición, salvo los medicamentos que sean de las clases protegidas y se reciban como parte de un suministro de transición. Los miembros que reciban un suministro de transición de un medicamento de las clases protegidas mantendrán los derechos durante el resto del año del contrato.

Después de que se apruebe el suministro de transición:

- Le enviaremos al miembro un aviso por escrito aprobado por los CMS mediante el correo prioritario de los Estados Unidos dentro de los tres días hábiles siguientes a la entrega del suministro de transición.
- También le enviaremos al profesional que hace las recetas un fax para informarle sobre el suministro de transición. Este aviso incluirá lo siguiente:
  - Una explicación de la condición temporal del suministro de transición recibido.
  - Instrucciones para trabajar con nosotros y con el profesional que hace las recetas para encontrar alternativas terapéuticas en nuestro formulario.
  - Una explicación sobre el derecho de los miembros a pedir una excepción del formulario.
  - Una descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario.
- Si se ha brindado un suministro de transición una vez y el miembro está 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, salvo que el miembro presente una receta que indique menos de 30 días.

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

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

- Cubriremos un suministro de transición para un máximo de 31 días (salvo que la receta indique menos días) de medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos. Esto se hará durante los primeros 90 días después de que un miembro nuevo se inscriba en nuestro plan. El período de 90 días empieza desde la fecha de comienzo de la cobertura del miembro. Le enviaremos al miembro un aviso, como recordatorio de nuestra política, dentro de los tres días hábiles siguientes al primer incremento del suministro de transición.
- Si la persona que vive en el centro LTC ha estado inscrita en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en el formulario o un medicamento que tiene otras restricciones, como tratamiento escalonado o límites de dosis, cubriremos un suministro temporal de emergencia para 31 días de ese medicamento (salvo que la receta indique menos días). Durante este tiempo, el miembro deberá obtener una excepción del formulario.
- En el caso de los miembros que entran a un centro LTC o que lo dejan, no se aplican los cambios en las repeticiones tempranas. Esto se hace para limitar el acceso necesario y adecuado al formulario. Estas personas inscritas pueden obtener una repetición cuando entran al centro LTC o cuando lo dejan.



### ¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, llame al número de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro. 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。