



**Cláusula adicional sobre los Medicamentos
Recetados para Pacientes Ambulatorios**

Cláusula adicional grupal
PPO

**Enhanced Rx \$5/10/25 with \$0 Pharmacy Deductible
Resumen de Beneficios**

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

**Quando se usan Farmacias Participantes²
o No Participantes³**

Deducible de Farmacias por Año Calendario *Por Miembro* \$0

**Beneficios de Medicamentos
Recetados^{4, 5}**

Su pago

	Quando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹	Quando se usan Farmacias No Participantes³	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 que corresponda	
Medicamentos de Nivel 1	\$5/receta		25 % más \$5/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$10/receta		25 % más \$10/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$25/receta		25 % más \$25/receta	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$250/receta		30 % hasta \$250/receta más 25 % del precio de compra	

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

**Beneficios de Medicamentos
Recetados^{4, 5}**

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹	Cuando se usan Farmacias No Participantes³	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$15/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$30/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$75/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$750/receta		Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo				
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$20/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$50/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta \$500/receta		Sin cobertura	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/pharmacy.

3 Uso de Farmacias No Participantes:

Las Farmacias No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados de una Farmacia No Participante, usted debe pagar todos los cargos por el medicamento recetado y presentar después un formulario de reclamación completo para pedir un reembolso. El reembolso dependerá del precio que haya pagado por el Medicamento.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados es acreditable, no es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare mientras mantenga esta cobertura; sin embargo, debe tener en cuenta que, si no se inscribe en la Parte D de Medicare dentro de los 63 días siguientes a la cancelación de esta cobertura, podría quedar sujeto al pago de multas por la prima de la Parte D de Medicare.

5 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Biosimilar o Genérico equivalente. Si usted selecciona un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Biosimilar o un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y el Medicamento Biosimilar o Genérico equivalente, además del Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento de Marca. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de Farmacias por Año Calendario, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud le recetan un Medicamento de Marca y le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Biosimilar o un Medicamento Genérico equivalente, usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento de Marca. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud no le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Biosimilar o un Medicamento Genérico equivalente, usted puede pedir una Evaluación por Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca se cubrirá de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento.

Lea la sección sobre la forma de obtener Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una Farmacia Participante si necesita más información sobre cómo puede estar cubierto un anticonceptivo de marca sin un Copago ni un Coseguro.

Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Este programa deja que, con su aprobación, se surta un suministro de 15 días en el caso de las recetas iniciales para determinados Medicamentos Especializados. Cuando pase esto, el Copago o el Coseguro se calculará de manera proporcional.

Medicamentos Especializados. Los Medicamentos Especializados están disponibles solamente en Farmacias Especializadas de la Red, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos Orales Anticancerígenos. Usted paga hasta \$250 por los Medicamentos Orales Anticancerígenos que consiga en una Farmacia Participante, hasta 30 días de suministro. Los Medicamentos Orales Anticancerígenos conseguidos en una Farmacia Participante no están sujetos a ningún Deducible.

Notas

Farmacia al por menor. Puede conseguir un suministro de hasta 90 días para los Medicamentos de mantenimiento en una Farmacia Participante cuando usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda por cada suministro para 30 días.

Medicamentos del servicio por correo. Usted paga el Copago o Coseguro de farmacia al por menor que corresponda para 30 días al obtener en la farmacia de servicio por correo un suministro para 30 días o menos.

Los modelos de beneficios pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。