



**Blue Cross
Blue Shield**
of Michigan

A nonprofit corporation and independent licensee
of the Blue Cross and Blue Shield Association

SCHUPAN & SONS

A1MQN0

0070147300004

Cobertura suplementaria de Medicare Blue Traditional

Fecha de entrada en vigencia: en o después de enero de 2024

Descripción general de beneficios

Este no es un documento de Medicare. Está diseñado para ser un resumen fácil de leer de las características más importantes de los beneficios de la atención médica suplementaria de Blue Cross Blue Shield. No es un contrato. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones adicionales a los servicios cubiertos. Para una descripción completa de los beneficios, consulte los certificados y anexos aplicables de Blue Cross Blue Shield. Para información más detallada de los beneficios de Medicare, llame o visite la oficina local de Seguridad Social o consulte el manual de Medicare (disponible en el sitio web de Medicare en medicare.gov o en cualquier oficina de Seguridad Social).

Responsabilidad del miembro (deducibles, coseguros, copagos y montos máximos en dólares)

Nota: los deducibles de Medicare y los montos de coseguro son efectivos a partir del 1 de enero de 2023 y están sujetos a cambios anuales.

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Montos deducibles	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Parte A \$1,600 (para los días 1-60) cada período de beneficios • Medicare Parte B \$226 por año calendario 	Ninguna
Coseguro/copagos fijos en dólares	<ul style="list-style-type: none"> • Internación \$400 por día (para los días 61-90) y \$800 por cada "día de reserva de por vida" luego del día 90 (hasta 60 días a lo largo de su vida) • Estadía en centro de enfermería especializada (un límite de 100 días por cada período de beneficios) \$200 por día (para los días 21-100) 	Ninguna
Coseguro/porcentaje de montos de copago	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del monto aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios generales • 20% del monto aprobado por Medicare para la atención de salud mental para pacientes ambulatorios 	Ninguna

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Servicios de atención preventiva

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Examen de mantenimiento de la salud (visita anual de "bienestar")	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 12 meses Nota: su primera visita anual de "bienestar" no puede llevarse a cabo en el plazo de los primeros 12 meses luego de su inscripción en la Parte B o de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	Cobertura total por Medicare; sin cobertura adicional de BCBSM
Examen ginecológico	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 24 meses	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario
Prueba de Papanicolaou: servicios de laboratorio únicamente	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 24 meses (más frecuentemente si tiene un riesgo alto)	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario
Esterilización voluntaria para mujeres	Sin cobertura Nota: Medicare cubre la esterilización voluntaria si es necesaria para el tratamiento de una enfermedad o una lesión.	Con cobertura al 100% del monto aprobado por BCBSM
Dispositivos anticonceptivos recetados: incluyen la inserción y el retiro de un dispositivo intrauterino por parte de un médico certificado	Sin cobertura	Con cobertura al 100% del monto aprobado por BCBSM
Inyecciones anticonceptivas: incluye el costo de la medicación cuando la proporciona el médico	Sin cobertura	Con cobertura al 100% del monto aprobado por BCBSM
Prueba de detección de sangre oculta en heces	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 12 meses, si tiene 50 años o más	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario, sin restricciones de edad
Prueba de sigmoidoscopia flexible	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 48 meses, si tiene 50 años o más; o cada 120 meses luego de una colonoscopia de diagnóstico previa para aquellos que no tienen un riesgo alto	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario, sin restricciones de edad
Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 12 meses, si tiene más de 50 años Nota: un examen rectal digital está cubierto al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B.	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario, sin restricciones de edad
Vacunas antigripales	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vacuna antigripal por temporada de gripe	Cobertura total por Medicare; sin cobertura adicional de BCBSM
Vacunas contra la Hepatitis B, para aquellos con riesgo alto o medio de contraer Hepatitis B	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*	Cobertura total por Medicare; sin cobertura adicional de BCBSM
Vacuna antineumocócica	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*	Cobertura total por Medicare; sin cobertura adicional de BCBSM

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Mamografía	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 12 meses a partir de los 40 años (una mamografía de referencia para mujeres de entre 35 y 39 años)	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario, sin restricciones de edad
Colonoscopia de diagnóstico	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare*, una vez cada 120 meses (para aquellos que tienen riesgo alto, cada 24 meses) o cada 48 meses luego de una sigmoidoscopia flexible previa	Cuando no está cubierto por Medicare, cubierto al 100% del monto aprobado por BCBSM, uno por miembro por año calendario
Visitas de atención para bebés y niños sanos	Un examen de mantenimiento de la salud cubierto al 100% del monto aprobado por Medicare* cada 12 meses; las visitas de atención para bebés y niños sanos posteriores no están cubiertas	Con cobertura al 100% del monto aprobado por BCBSM <ul style="list-style-type: none"> • 8 visitas, desde el nacimiento hasta los 12 meses • 6 visitas, desde los 13 meses hasta los 23 meses • 6 visitas, desde los 24 meses hasta los 35 meses • 2 visitas, desde los 36 meses hasta los 47 meses • Las visitas posteriores a los 47 meses están limitadas a una por miembro por año calendario según el beneficio de examen de mantenimiento de la salud
Vacunas y servicios preventivos para adultos y niños según lo recomiendan el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP), la Administración de Servicios y Recursos Médicos (HRSA) u otras fuentes que admita BCBSM que cumplan con las disposiciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio y que no estén cubiertos por Medicare	Sin cobertura	Con cobertura al 100% del monto aprobado por BCBSM

* Según la cobertura de Medicare, usted no paga nada por estos servicios si el médico u otro proveedor calificado de atención médica acepta la asignación. Es posible que deba pagar el 20 por ciento del monto aprobado por Medicare por la visita del médico.

Servicios en el consultorio del médico		
Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Visitas al consultorio	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Sin cobertura
Visitas ambulatorias y domiciliarias	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Sin cobertura
Consultas en el consultorio	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Sin cobertura

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Atención médica de emergencia

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Sala de emergencias del hospital (servicios en el centro): debe ser médicamente necesaria	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare
Servicios de ambulancia: deben ser médicamente necesarios	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare

Servicios de laboratorio clínico

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Pruebas de laboratorio y patológicas, utilizadas en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios de diagnóstico de laboratorio y patología (con cobertura al 80% del monto aprobado para ciertos servicios de laboratorio)	Cobertura total por Medicare

Atención hospitalaria

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Habitación semiprivada, atención médica hospitalaria, atención general de enfermería, servicios y suministros para hospitales; no incluye enfermería privada <ul style="list-style-type: none"> Días 1-60 de cada período de beneficios 	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte A (también incluye salud mental para pacientes hospitalizados y servicios para trastornos por consumo de sustancias en el hogar)	Cubre el deducible de Medicare
<ul style="list-style-type: none"> Días 61-90 de cada período de beneficios 	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare menos el coseguro diario de la Parte A	Cubre el coseguro diario de Medicare
<ul style="list-style-type: none"> Días de reserva de por vida después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida) 	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare menos el coseguro diario de la Parte A	Cubre el coseguro diario de Medicare
<ul style="list-style-type: none"> Días adicionales 	Sin cobertura	Con cobertura al monto aprobado por BCBSM, hasta 275 días adicionales
Quimioterapia	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare para la administración y los medicamentos; debe cumplir con los criterios de Medicare	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare

Alternativas a la atención hospitalaria

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Centro de atención de enfermería especializada; sujeto a criterio médico <ul style="list-style-type: none"> Días 1-20 de cada período de beneficios 	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare	Cobertura total por Medicare
<ul style="list-style-type: none"> Días 21-100 de cada período de beneficios 	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare menos el coseguro diario	Cubre el coseguro de Medicare
<ul style="list-style-type: none"> Días 101 y posteriores 	Sin cobertura	Sin cobertura

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Cuidados paliativos	Con cobertura al monto aprobado por Medicare menos un pequeño copago por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y un pequeño coseguro por cuidado de relevo para pacientes hospitalizados	Cubre los costos limitados no cubiertos por Medicare
Servicios de atención médica en el hogar: deben ser médicamente necesarios y los debe proporcionar una agencia de atención médica domiciliaria certificada por Medicare	Con cobertura al 100% del monto aprobado por Medicare	Cobertura total por Medicare

Servicios de cirugía provistos por un médico

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Cirugía; incluye servicios quirúrgicos relacionados	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare

Trasplantes de órganos humanos

Nota: el pago se basa en la necesidad médica y se debe prestar el servicio en un centro aprobado.

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Trasplantes de corazón e hígado	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare
Trasplantes de pulmón y de corazón-pulmón	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare
Trasplantes de páncreas	Sin cobertura Nota: los trasplantes de páncreas se cubren con ciertas condiciones. Llame a Medicare para obtener más información.	Sin cobertura Nota: cubre el deducible y el coseguro de Medicare cuando está cubierto por Medicare.

Atención de salud mental

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Trasplantes de médula ósea; bajo ciertas condiciones	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible (Llame a Medicare para obtener más información)	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare
Trasplantes de riñón, córnea y piel	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible (Llame a Medicare para obtener más información)	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYSR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados en centro psiquiátrico Días 1-190 a lo largo de su vida	Consulte los beneficios de "Atención hospitalaria" (Medicare paga el reclamo como parte de su cobertura hospitalaria regular de la Parte A, sujeto al deducible y al coseguro de la Parte A) Nota: en la mayoría de los casos, la atención psiquiátrica en hospitales generales (a diferencia de los hospitales psiquiátricos) no está sujeta al límite de 190 días.	Cubre el coseguro diario y el deducible de Medicare
Los días adicionales después de 190 días de por vida se utilizan	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B Nota: Si usted recibe los servicios en una clínica ambulatoria del hospital, o departamento ambulatorio de un hospital, es posible que tenga que pagar un copago adicional o coseguro al hospital.	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare

Otros servicios cubiertos		
Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Pruebas de alergia y terapia; con diagnóstico aprobado	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare para las pruebas. Las inyecciones no están cubiertas.
Servicios quiroprácticos (cobertura limitada); deben ser médicamente necesarios	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B Nota: usted paga todos los costos de los servicios no cubiertos o exámenes ordenados por un quiropráctico (incluidas radiografías y terapia de masaje).	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B Nota: podría haber un límite en el monto que Medicare pague por estos servicios en un mismo año, y podría haber determinadas excepciones a estos límites.	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare o el copago establecido
Equipo médico duradero: debe obtenerse de un proveedor aprobado por Medicare	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare
Aparatos protésicos	Con cobertura al 80% del monto aprobado por Medicare menos el deducible de la Parte B	Cubre el coseguro y el deducible de Medicare
Servicios de enfermería privada	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos oncológicos orales	Los medicamentos aprobados están cubiertos	Cobertura total por Medicare

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Viajes al exterior

Beneficios	Cobertura original de Medicare	Cobertura suplementaria de Medicare
Servicios en el hospital	Sin cobertura, excepto como se especifica en el manual de Medicare	Con cobertura al monto aprobado por BCBSM, hasta 30 días para servicios cubiertos
Servicios del médico	Sin cobertura, excepto como se especifica en el manual de Medicare	Con cobertura al monto aprobado por BCBSM

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.



A nonprofit corporation and independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

SCHUPAN & SONS

A1MQN0

0070147300004

Programa de medicamentos recetados preferidos para ASC

Fecha de entrada en vigencia: en o después de enero de 2024

Descripción general de beneficios

Este documento está diseñado para ser un resumen fácil de leer y proporciona solo una descripción general de sus beneficios. No es un contrato. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones adicionales. Los montos de pago están basados en el monto aprobado de BCBSM, menos cualquier deducible o copago/coseguro aplicables. Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte los certificados y los anexos aplicables de BCBSM si su grupo está suscrito o cualquier otro documento que su grupo utilice, si su grupo está autofinanciado. Si existe una discrepancia entre esta descripción general de beneficios y cualquier documento del plan aplicable, regirá el documento del plan.

Medicamentos farmacéuticos de especialidad: la farmacia para solicitar **medicamentos de especialidad** es AllianceRx Walgreens Pharmacy, una compañía independiente. Se utilizan medicamentos de especialidades recetados (como Enbrel® y Humira®) para tratar afecciones complejas, como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y el cáncer. Estos medicamentos requieren una gestión, administración o control especial. También puede obtener medicamentos de especialidad en farmacias minoristas de Walgreens, siempre que el medicamento esté disponible en la sucursal en la que lo solicite. Le recomendamos que llame antes para confirmar la disponibilidad del medicamento en dicha sucursal. **Si acude a una farmacia que no sea AllianceRx Walgreens Pharmacy, es posible que deba hacerse cargo del 100% del costo del medicamento de especialidad.** La lista de medicamentos de especialidad está disponible en nuestro sitio web en bcbsm.com/pharmacy. Si tiene alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de AllianceRx Walgreens Pharmacy al 1-866-515-1355.

No pagaremos un suministro de más de 30 días de un medicamento recetado cubierto que BCBSM define como un "producto farmacéutico especializado". Es posible que hagamos excepciones si el miembro requiere un suministro para más de 30 días. BCBSM se reserva el derecho de limitar la cantidad de medicamentos de especialidad selectos a no más de 15 días de suministro por cada surtido. Su copago/coseguro se reducirá a la mitad para cada surtido una vez que se alcancen los deducibles aplicables.

Medicamentos selectos del tipo sustancias controladas: BCBSM limitará el surtido inicial de sustancias controladas selectas a un suministro de 5 días. Los surtidos adicionales de estos medicamentos estarán limitados a no más de 30 días de suministro. Las sustancias controladas afectadas por este requisito de medicamentos recetados están disponibles en línea, en bcbsm.com/pharmacy.

Responsabilidad del miembro (copagos y montos de coseguros)

Nota: los montos de copagos y coseguros por medicamentos recetados, incluidos los montos de copagos y coseguros por medicamentos de pedido por correo, están sujetos al **mismo** monto máximo anual a su cargo que requiere su cobertura médica. Los gastos por medicamentos recetados que aparecen a continuación no se aplicarán al monto máximo anual a su cargo.

- cualquier diferencia entre el costo máximo admisible y el monto aprobado de BCBSM para un medicamento de marca cubierto
- la responsabilidad del miembro del 25% de los medicamentos cubiertos obtenidos de una farmacia fuera de la red

Beneficios	Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red	
Monto máximo a su cargo	\$7,150 por miembro, \$14,300 por familia (dos o más miembros), por año calendario para todos los medicamentos recetados cubiertos obtenidos de farmacias minoristas dentro de la red y de un proveedor de pedidos por correo aprobado de BCBSM				
Medicamentos genéricos o medicamentos selectos de venta libre recetados	Período de 1 a 30 días	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$10	Usted paga un copago de \$10 más un 25% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$20	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Usted paga un copago de \$20	Usted paga un copago de \$20	Sin cobertura	Sin cobertura

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios		Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
Medicamentos de marca preferidos	Período de 1 a 30 días	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$40	Usted paga un copago de \$40 más un 25% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$80	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Usted paga un copago de \$80	Usted paga un copago de \$80	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de marca no preferidos	Período de 1 a 30 días	Usted paga un copago de \$80	Usted paga un copago de \$80	Usted paga un copago de \$80	Usted paga un copago de \$80 más un 25% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$160	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Usted paga un copago de \$160	Usted paga un copago de \$160	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de especialidad de marca preferidos y genéricos	Período de 1 a 30 días	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$150, más un 25% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de especialidad de marca no preferidos	Período de 1 a 30 días	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250	Usted paga el 20% del monto aprobado, pero no más de \$250, más un 25% adicional del monto aprobado por BCBSM para el medicamento
	Período de 31 a 83 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Período de 84 a 90 días	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Nota: los medicamentos de venta libre (OTC) no requieren una receta según la ley federal. Están identificados por BCBSM como medicamentos recetados selectos. Se requiere una receta realizada por el médico del miembro para el medicamento OTC selecto. En algunos casos, puede ser necesario que se prueben los medicamentos de venta libre antes de que BCBSM apruebe el uso de otros medicamentos.

* BCBSM no pagará por medicamentos obtenidos de proveedores de pedidos por correo fuera de la red, incluidos los proveedores por Internet.

Servicios cubiertos

Beneficios	Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
Medicamentos aprobados por la FDA	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan
Medicamentos de venta libre recetados: cuando están cubiertos por BCBSM	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan
Medicamentos controlados por el estado	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios	Farmacia minorista de la red para 90 días	* Proveedor de pedidos por correo dentro de la red	Farmacia dentro de la red (no forma parte de la red minorista de 90 días)	Farmacia fuera de la red
Suplementos, vitaminas y medicamentos preventivos recetados genéricos y de marca selectos aprobados por la FDA, según lo requiere la ley PPACA	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	75% del monto aprobado
Otros suplementos, vitaminas y medicamentos preventivos recetados de marca aprobados por la FDA, según lo requiere la ley PPACA	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan
Vacunas preventivas selectas para adultos y niños según lo recomiendan el USPSTF, el ACIP, la HRSA u otras fuentes que admita BCBSM que cumplan con las disposiciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio	100% del monto aprobado	Sin cobertura	100% del monto aprobado	75% del monto aprobado
Medicamentos anticonceptivos recetados genéricos y de marca selectos aprobados por la FDA (los medicamentos que no son autoadministrados no están cubiertos)	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	100% del monto aprobado	75% del monto aprobado
Otros medicamentos anticonceptivos recetados de marca aprobados por la FDA (los medicamentos que no son autoadministrados no están cubiertos)	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan
Agujas y jeringas desechables: cuando se dispensan con insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan para insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan para insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan para insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan para insulina u otros medicamentos recetados inyectables cubiertos
Nota: las agujas y jeringas no tienen copago/coseguro.				
Suministros y dispositivos selectos para diabéticos (tiras reactivas, lancetas y glucómetros)	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	100% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan	75% del monto aprobado menos el copago/coseguro del plan
Para obtener una lista de los suministros para diabéticos disponibles en virtud del beneficio de farmacia, consulte su lista de medicamentos de BCBSM en BCBSM.com/pharmacy .				

* BCBSM no pagará por medicamentos obtenidos de proveedores de pedidos por correo fuera de la red, incluidos los proveedores por Internet.

ADM MOS816 MED;ADM MOS816 RX;ADM PLANYR JAN;ASCMOD 9520 DRG;BC-COMP;BS 65 OPTION 1;GCP-D;GPC-SAT 2;GPC-SAT-MHP-2;HCR MS PCB;HCR-MS-WCB-ECS;PDRX ASC;SP10408015%253K

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Características de su plan de medicamentos recetados

Lista de medicamentos específicos	<p>Una lista que se actualiza constantemente de medicamentos aprobados por la FDA que representan cada clase terapéutica. El Comité de Farmacia y Terapéutica de BCBSM elige los medicamentos que están en la lista por su eficacia, seguridad, singularidad y rentabilidad. El objetivo de la lista de medicamentos es proporcionar a los miembros el mayor valor terapéutico al menor costo posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos genéricos: este nivel incluye los medicamentos genéricos elaborados con los mismos ingredientes activos, disponibles en las mismas concentraciones y presentaciones, y administrados de la misma manera que los medicamentos de marca equivalentes. Además, requieren el copago/coseguro más bajo, lo que los transforma en la opción más económica para el tratamiento. • Nivel de medicamentos de marca preferidos: este nivel incluye medicamentos de marca preferidos que no son de especialidad. Estos medicamentos son más caros que los genéricos y los miembros pagan más por ellos. • Nivel de medicamentos de marca no preferidos: este nivel incluye medicamentos de marca que no son de especialidad para los que existe una alternativa genérica o un medicamento de marca preferido más rentable disponible. Los miembros pagan más por estos medicamentos de marca no preferidos. • Nivel de medicamentos de especialidad genéricos y preferidos: este nivel incluye medicamentos de especialidad genéricos y de marca preferidos que se usan para tratar afecciones médicas difíciles. Estos medicamentos generalmente son más rentables que los medicamentos de especialidad no preferidos. • Nivel de medicamentos de especialidad no preferidos: este nivel incluye medicamentos de especialidad de marca no preferidos que se usan para tratar afecciones médicas difíciles. Los miembros pagan más por los medicamentos de especialidad no preferidos porque hay medicamentos genéricos o preferidos rentables disponibles.
Autorización previa/terapia escalonada	<p>Un proceso por el cual el médico debe obtener aprobación de BCBSM antes de que se cubran medicamentos recetados selectos (identificados por BCBSM como medicamentos que requieren autorización previa). La terapia escalonada, un paso inicial en el proceso de Autorización previa, aplica criterios para determinados medicamentos a fin de establecer si un medicamento recetado menos costoso se puede usar para el mismo tratamiento farmacológico. Algunos medicamentos de venta libre pueden estar cubiertos según las pautas de terapia escalonada. Lo mismo se aplica a los medicamentos de pedido por correo. Las reclamaciones que no cumplen los criterios de la terapia escalonada requieren autorización previa. Puede encontrar detalles sobre qué medicamentos requieren autorización previa o terapia escalonada en línea en bcbsm.com/pharmacy.</p>
Medicamentos de costo máximo admisible	<p>Cuando recibe un medicamento genérico de costo máximo admisible (MAC) de una farmacia que pertenece a la red, usted paga su parte de los costos compartidos según se establece en su cobertura.</p> <p>Sin embargo, si solicita un medicamento de marca y el médico no escribió "Dispense as Written" (Dispensar tal como está escrito) o "DAW" en la receta, deberá pagar la diferencia entre el costo máximo admisible y el monto aprobado por Blue Cross Blue Shield of Michigan para el medicamento de marca, además de su copago.</p> <p>Si el médico escribió "Dispensar tal como está escrito" o "DAW" en la receta, pagaremos a la farmacia el monto aprobado para el medicamento de marca, después de deducir su copago.</p>
Límites de cantidad	<p>Para mantener la conformidad con el etiquetado aprobado de la FDA para los medicamentos, es posible que algunos medicamentos tengan límites de cantidad.</p>
Medicamentos para la disfunción eréctil	<p>No más de 30 dosis por período de 30 días si se obtienen de una farmacia minorista dentro de la red o del proveedor de pedido por correo aprobado por BCBSM.</p> <p>No más de 90 dosis en un período de 31-90 días si se obtienen de un proveedor de pedido por correo aprobado por BCBSM.</p> <p>No más de 90 dosis en un período de 84-90 días si se obtienen de una farmacia minorista de la red para 90 días; el suministro para un período de 31-83 días no tiene cobertura en esta ubicación.</p>